ARTROSIS

Con las opiniones autorizadas de
Don ANTONIO DALFÓ BAQUÉ
Doctor en Medicina

MARÍA JOSÉ LLORENS CAMP

ASTRI

ARTROSIS

Texto:
M.ª JOSÉ LLORENS CAMP
Cubierta:
JOSÉ G. LLAMAS
Fotografía:
PHOTOBANK

Administración y Redacción:
Secretario Coloma, 121, bajos
08024-BARCELONA

Fotocomposición: COMPTEX, S.L.
Impresión: NOVOPRINT, S.A.
ISBN 84-469-0501-9
Dep. Legal: B. 24.960-96

Printed in Spain - Impreso en España

Distribuye: COEDIS
N-II, km 602-5
MOLINS DE REI (Barcelona)

PRÓLOGO

Nosotros no vamos a instruirle en el «arte» de cómo curar su artrosis, entre otras razones porque eso es imposible y, suponiendo que fuera posible, no dispondríamos de los medios y conocimientos necesarios que nos permitiesen aportar las soluciones idóneas. Pero, desgraciadamente, la artrosis es una enfermedad degenerativa y, en consecuencia, incurable.

Pero sí es susceptible de ser reducida, controlada y mejorada, si en todo momento se aplican las metodologías —ejercicio físico, medicación, fisioterapia y rehabilitación, quirófano cuando no existe otra alternativa válida, etc.— correctas, encaminadas a convertir la artrosis en, digámoslo coloquialmente, un «mal menor».

Y eso es lo que pretendemos a través del cuaderno que ahora empieza: facilitar una serie de pautas, recomendaciones y consejos que, bien llevados a la práctica, contribuyan a mejorar de manera notable la calidad de vida de los artrósicos.

La artrosis, aunque a algunos pueda parecérselo, no es una enfermedad «nueva». Ocurre que hace un siglo la esperanza de vida se situaba entre los 30/40 años, y en tan corto espacio de tiempo la artrosis no tenía prácticamente opción de cobrar carta de naturaleza porque los huesos no «vivían» lo suficiente como para presentar desgastes o degeneraciones, salvo en casos muy excepcionales, precedidos la mayoría de éstos de traumatismos o microtraumatismos concretos. Sin embargo, en un lapso de tiempo sorprendentemente reducido la longevidad de los individuos se ha [illegible]

incrementada en una cifra que ronda los 40 años y, una mediana de vida de 70, sí es suficiente y permite con toda lógica que la artrosis haya decidido presentar sus cartas credenciales a la humanidad.

Su condición **degenerativa** —es preciso, por importante, insistir en ello—, limita o coarta toda posibilidad de curación total pero, al mismo tiempo, deja abierto un amplio margen a la esperanza de reducirla y controlarla, como ya hemos dicho antes, merced al extenso arsenal que la medicina de hoy y las modernas técnicas ponen en manos de los profesionales.

Pero, pese a lo dicho, el único y principal protagonista de esta «función» es el propio enfermo artrósico, que tiene la obligación básica de asumir la dolencia y con su perseverancia y las lógicas ayudas exteriores, poner todos los medios necesarios para reducir sus deficiencias y dolores. Un artrósico plenamente concienciado de lo que es y de cómo es su enfermedad, dispone de un extenso abanico de probabilidades para conseguir que **su artrosis,** sea **menos artrosis.**

Con el presente volumen nos hemos propuesto conseguir ayudarle, precisamente, en la tarea de que esa artrosis acabe siendo menos artrosis.

Vamos a ver si entre unos y otros somos capaces de conseguirlo.

ARTRITIS - ARTROSIS - REUMA

DEFINICIONES DE ACUERDO CON LA TERMINOLOGÍA MÉDICA

Se denominan como **ARTRITIS** las inflamaciones agudas o crónicas de las articulaciones. Por su etiología se dividen en **artritis infecciosas supuradas o sépticas**, entre las que destacan las **artritis infecciosas por gérmenes de la supuración**, *la artritis tuberculosa* y **las artritis consecutivas a diversos procesos infecciosos**; entre éstas se cuentan la **artritis de la fiebre de Malta, la artritis sifilítica**, y la **artritis gonocócica**. Por otra parte existen un grupo de artritis infecciosas que se presentan en el curso de ciertas virasis.

Artritis infecciosas son las provocadas por los gérmenes de la supuración y causa de la presencia en las articulaciones de dichos microorganismos.

Desde el **punto de vista etiológico**, el germen puede penetrar en la articulación por tres vías: 1°, a partir de un foco infeccioso vecino, como una osteítis del hueso; 2°, por vía sanguínea o linfática a partir de un foco infeccioso a distancia (artritis metastásicas); 3°, por inoculación directa a través de una herida o inyección intraarticular séptica (artritis por inoculación). Los gérmenes habituales en este tipo de artritis son el estafilococo dorado, algunos bacilos Gram negativos, como el colibacilo y el piociánico y con menos frecuencia el estrepto y el meningococo. Entre las circunstancias que favorecen la aparición de una artritis séptica destacan la corticoterapia, o el empleo abusivo de los corticoides, y la diabetes.

Las fases por las que evoluciona una artritis supurada aguda son tres: en primer lugar, al llegar el germen a la articulación se produce una sinovitis inflamatoria con edema y congestión; posteriormente, la infección atraviesa la sinovial,

llegando a la articulación y el aflujo leucocitario provoca la formación de pus: es la fase de empiema articular. Posteriormente se producen lesiones osteocartilaginosas con destrucción de dichas estructuras y con frecuentes secuelas de anquilosis óseas. Suelen iniciarse bruscamente y casi siempre se asocian a un síndrome séptico grave. Entre los **signos locales**, destacan: **dolor articular espontáneo** de intensidad variable, a veces insoportable, que hace intolerable cualquier intento de movilización; **actitud viciosa de la articulación**, colocándose el enfermo en una actitud de relajación para evitar el dolor espontáneo, y **atrofia muscular** de instalación rápida que contrasta con la tumefacción articular.

Entre los **síntomas generales** se cuentan, afectación del estado general, escalofríos y fiebre. Desde el **punto de vista radiológico**, la exploración precoz puede ser normal y, a veces, se tardan semanas en hacerse patentes las alteraciones radiológicas: ensanchamiento o estrechamiento (pinzamiento) de la línea interarticular y unas cavidades o geodas en las zonas óseas. El **diagnóstico** de las artritis exige una anamnesis detenida para precisar la orientación etiológica: se indagará detenidamente sobre la existencia previa de algunas infecciones. Analíticamente la velocidad de sedimentación globular estará siempre elevada y la fórmula leucocitaria muestra una leucocitosis con incremento de los polinucleares. La punción articular puede dar lugar a la salida de un líquido turbio o purulento rico en leucocitos y en el que se puede descubrir el germen causal de la artritis. También puede practicarse una biopsia sinovial, que permite diferenciar una artritis por gérmenes triviales de evolución tórpida de una artritis tuberculosa.

En cuanto a su **evolución**, las artritis pueden remitir por completo sin dejar secuela alguna, cuando el tratamiento ha sido precoz y bien orientado. En cambio, si la supuración se prolonga pueden presentarse secuelas definitivas entre las que destaca la anquilosis articular.

El **tratamiento** de las artritis supuradas debe ser precoz, intenso y prolongado: inmovilización de la articulación, con

lo que cesa el dolor actuando como antiinflamatorio, para lo cual se aplica una escayola inmovilizante; terapéutica antibiótica masiva, intensa y prolongada, con el antibiótico que haya indicado el cultivo y el antibiograma correspondiente. En casos excepcionales, terapéutica quirúrgica de sinovectomía, o sea, extirpación de la sinovial afectada. Cuando el daño articular sea intenso puede recurrirse a la artrodesis en buena posición, o sea la anquilosis quirúrgica de la articulación.

En las **artritis tuberculosas**, las articulaciones constituyen una de las localizaciones más frecuentes del bacilo de Koch, después de la localización pulmonar. Las zonas óseas más afectadas son: el raquis (mal de Pott), la cadera, la rodilla, la articulación tibio-tarsiana, el codo y la muñeca. Desde el **punto de vista etiopatogénico**, el bacilo de Koch llega a la articulación siempre por vía sanguínea o linfática y se afectan inicialmente el hueso y la sinovial. En esta última se presentan manifestaciones exudativas a las que siguen los típicos folículos tuberculosos formados por células epiteloides con células gigantes rodeadas de una corona linfocitaria. Estas lesiones pueden evolucionar hacia la caseificación o necrosis. Cuando se vence la infección se inicia la esclerosis, que transforma la lesión en un tejido fibroso. Las lesiones óseas, que acompañan a esta artritis, muestran una decalcificación masiva de toda la articulación. Estas lesiones tienden espontáneamente a la anquilosis. La iniciación de la lesión puede ser moderada, a diferencia de lo que ocurre con las artritis agudas supuradas: dolor moderado que calma con el reposo y aumenta con el ejercicio; ligera limitación de la motilidad articular que se agrava progresivamente; signos inflamatorios locales con calor, discreto empastamiento periarticular, derrame articular y adenopatía satélite regional. Los signos radiológicos, al principio, son poco manifiestos. Posteriormente aparece estrechamiento o pinzamiento articular y una decalcificación de la epífisis de los huesos que componen la articulación; pueden observarse también lesiones subcondrales. Para el diagnóstico es importante la anamnesis, buscando

una lesión pleuro-pulmonar en actividad o superada recientemente. Deben practicarse siempre, sobre todo en la infancia, reacciones cutáneas de la tuberculina, que son muy positivas. Por punción articular puede observarse en ocasiones un líquido opalino, no supurado y con muchas células, principalmente linfocitos, y cuyo cultivo suele ser negativo para cualquier germen. La inoculación del mismo al cobaya, permite poner de manifiesto el bacilo de Koch; la biopsia de la sinovial quirúrgica o mediante una punción con trocar, permite descubrir las lesiones histológicas características. Las localizaciones más corrientes de las **artritis tuberculosas** son la de la columna vertebral, la de la articulación de la cadera y la de la rodilla.

El **tratamiento** de la artritis tuberculosa debe ser precoz y prolongado. Se establece siempre una inmovilización en posición funcional. El tratamiento medicamentoso debe incluir por lo menos tres tuberculostáticos, de los cuales los más utilizados son la isioniazida, la fifampicina y el etambutol. A veces, es necesaria la intervención quirúrgica, siendo dos las operaciones que más se practican, la sinovectomía y la artrodesis, o sea la fijación o anquilosis quirúrgica de la articulación.

Además de la artritis tuberculosa, considerada también como **específica,** citaremos entre estas artritis **(específicas),** las **melitocócicas,** y las **gonocócicas.**

La **artritis melitocócica**, es una localización más de la brucelosis crónica, principalmente en la cadera y las articulaciones sacro-ilíacas. La artritis melitocócica de la cadera cursa con un síndrome doloroso de la misma, cojera y limitación articular; al mismo tiempo osteoporosis y, después, pinzamiento o estrechamiento articular discreto. La sacroileitis, o sea la artritis melitocócica de la articulación sacro-ilíaca, se manifiesta por dolores en las nalgas, con impotencia funcional, cojera y a veces ciatalgia. Radilógicamente se manifiesta por un enturbiamiento de la articulación con ensanchamiento de su interlínea. Para el diagnóstico de estas artritis es importante la anamnesis, mediante la cual se puede descubrir el

antecedente de la fiebre brucelósica. Desde el punto de vista serológico, las aglutinaciones a la fiebre de Malta son positivas, así como también los tests de inmunofluorescencia. El germen puede también encontrarse en los líquidos sinoviales.

La **artritis gonocócica** es en la actualidad poco frecuente, aunque puede presentarse como complicación de una blenorragia aguda e incluso crónica. En la forma aguda, los síntomas suelen aparecer a las 3/4 semanas de iniciado el proceso. Puede cursar de dos formas: 1. Como una poliartritis aguda que recuerda el reumatismo poliarticular agudo, afectando a varias articulaciones, particularmente las de los dedos; suele ir acompañada de una tenosinovitis de la muñeca y el tobillo; 2. Como una monoartritis aguda, que suele localizarse sobre todo en la rodilla y con una evolución parecida a la de las **artritis supuradas**. La muñeca también puede ser asiento de estas monoartritis gonocócicas, que cursan con derrames sinoviales en la rodilla y evolucionan con crisis inflamatorias de las mismas. El diagnóstico se basa en el descubrimiento del germen en el líquido articular, así como también en el descubrimiento de una infección gonocócica en actividad.

Se califican de **ARTROSIS** las **artropatías**, o sea enfermedades articulares, crónicas, de tipo no inflamatorio, que cursan siempre con destrucción del cartílago articular y alteración de la epífisis del hueso adyacente. La lesión fundamental de la artrosis es el deterioro del cartílago articular. Es una lesión que se localiza en los miembros y las articulaciones intervertebrales (**espondiloartrosis**). Las articulaciones más afectadas son las más activas desde el punto de vista funcional: la cadera, la rodilla y el pie. La afectación puede ser unilateral, bilateral o múltiple (**enfermedad artrósica**). En las extremidades suele ser bilateral. Las lesiones se localizan predominantemente en el cartílago y en el hueso, al contrario de lo que ocurre con la **artritis**, donde predominan las lesiones sinoviales. Las lesiones cartilaginosas son precoces e importantes, con ulceraciones, dejando al descubierto el hue-

so subcondral, con lo que se produce un estrechamiento o pinzamiento de la interlínea articular. En el hueso aparecen los llamados **osteofitos marginales** que son unas proliferaciones conjuntivo-vasculares que siguen la dirección de la superficie articular; también osteoporosis de los extremos óseos secundaria a la inmovilización. Las lesiones sinoviales son tardías, discretas y al principio muy localizadas. Puede también haber cuerpos extraños intraarticulares que son fragmentos del cartílago desprendidos del revestimiento. Todas estas lesiones no provocan casi nunca la anquilosis completa, o sea, la pérdida de la motilidad articular, tal como ocurre en las **artritis**.

Entre los **factores etiológicos** que favorecen la presencia o aparición de estas lesiones degenerativas articulares, citaremos las siguientes: las malformaciones congénitas o adquiridas, los traumatismos articulares y sus secuelas y los microtraumatismos profesionales. Entre los **factores etiológicos** generales destacan la vejez, como se demuestra por el incremento de la artrosis con la edad; los factores genéticos; ciertos factores endocrino-metabólicos como son la menopausia, por la falta de estrógenos y andrógenos que ejercen un papel protector sobre el cartílago; el sobrepeso, como se demuestra por la mayor frecuencia de la artrosis en los obesos. Todos estos factores imbricados actúan sobre un terreno constitucionalmente predispuesto.

El dolor articular es de tipo mecánico, o sea que aparece al apoyarse sobre la articulación y al comenzar a moverse, en cambio, cede con el reposo y la noche. La deformidad articular se produce por los osteofitos; limitación articular de importancia variable y crujidos o ruidos secos y sonoros al flexionar las articulaciones, debidos a las alteraciones cartilaginosas. Un síntoma importante es la ausencia de inflamación local; también son raros los derrames articulares inflamatorios y finalmente el estado general del paciente se afecta poco. Todos estos síntomas contrastan con los de la artritis o procesos inflamatorios infecciosos de las articulaciones.

Desde el **punto de vista radiológico**, se observa un estrechamiento o pinzamiento de la interlínea articular, por deterioro del cartílago y modificaciones de la epífisis ósea, o sea, de la zona contigua a la articulación; osteofitos, densificación del hueso subcondral, geodas en el seno de la densificación, etc. El estudio analítico demuestra que no existe ninguna alteración biológica propia de la inflamación y, por tanto, la velocidad de sedimentación globular es completamente normal, al contrario de lo que ocurre en las **artritis**. La **evolución** de las artrosis suele ser crónica, con tendencia a una agravación progresiva si los factores etiológicos se mantienen, como suele ocurrir.

Para evitar la iniciación de las artrosis conviene tratar correctamente los traumatismos, evacuando el líquido de los derrames y reduciendo las luxaciones correctamente. Deben evitarse los microtraumatismos profesionales y, lo más importante, EVITAR el SOBREPESO, que agrava progresivamente la artrosis.

El **tratamiento medicamentoso** es muy poco eficiente: se administran antiálgicos (medicamentos que calman el dolor) como paliativos: aspirina, etc.; los relajantes musculares y los antiinflamatorios no corticoides. La cortisona tiene indicación únicamente en las crisis agudas muy dolorosas. Como medicación etiológica se ha utilizado con éxito muy discutible el yodo, el azufre, la vitamina B_1, los extractos embrionarios, los extractos de cartílagos y de médula ósea, ciertas hormonas, como estrógenos anabolizantes y algunas enzimas. Localmente se han utilizado algunas medicaciones: inyecciones intraarticulares de cortisona, con una técnica rigurosamente aséptica que evita la infección secundaria. La fisioterapia es forma de aplicación de barro, parafina, radioterapia convencional, ultrasonidos y onda corta. Todas estas terapias son antiálgicas pero no tratan la causa de la artrosis. Mediante la rehabilitación se tiende a conservar las articulaciones, prevenir las deformidades y tonificar la musculatura de la zona. La cronoterapia y las curas termales tienen también una indicación en estos procesos articulares. Últimamente se han esta-

blecido algunas indicaciones quirúrgicas, como son las artrodesis o anquilosis quirúrgica de la articulación; las artroplastias, o sea la remodelación de ciertas articulaciones mediante diversos materiales; las osteotomías, etc. Recientemente ha adquirido bastante relevancia en el tratamiento de artrosis de rodilla, la **patelectomía** o extirpación de la rótula.

Por sus peculiaridades y por la gran frecuencia de la ARTROSIS CERVICAL, dedicamos un capítulo aparte a este proceso. Es extremadamente frecuente después de los 40 años y casi fisiológica con la edad: a los 80 años, el 80% de las personas la padecen. Origina diversos síndromes dolorosos que a continuación describimos:

1º. **Algias cervicales**, en forma aguda o crónica, que se manifiestan por dolores en el cuello y la nuca, que comienzan progresivamente y pueden evolucionar en forma permanente o intermitente. Predominan sobre todo en un lado y se irradían hacia el occipital o hacia la región supraescapular. La impotencia funcional impide el doblar la cabeza hacia atrás. El examen clínico revela una limitación de los movimientos extremos, particularmente los de rotación e inclinación lateral de la cabeza. La forma aguda de estas crisis dolorosas por artrosis cervical constituyen la llamada **tortícolis aguda**, que cursa con una contractura intensa y una desviación antiálgica y puede aparecer después del esfuerzo o por exposición al frío.

2º. **Algias cérvico-braquiales y dorsales**, que son las neuralgias intensas de carácter radicular que se extienden desde la región cervical hacia la espalda y los miembros superiores. Se caracterizan por un dolor sordo y continuo, lancinante, con paroxismos dolorosos que coinciden con los movimientos del raquis o con los esfuerzos del miembro superior, ceden con el reposo, aumentan por la noche y se acompañan de parestesias de las extremidades superiores.

3º. **Cefaleas**, algunas de las cuales son de origen cervical y tienen las siguientes características: de predominio matutino, uni o bilaterales y de irradiación temporal o frontal, supra y retroorbitaria; coinciden con la aparición de dolor a la movilización del raquis.

Además de estos síntomas dolorosos cervicales y craneales, la artrosis cervical puede provocar asimismo cuadros dolorosos en las extremidades superiores, entre los que destacan los siguientes: **acroparestesias**, que son hormigueos dolorosos de la mano y de los dedos, que se manifiestan durante la segunda mitad de la noche; **epicondilalgias**, o sea, dolor localizado en el epicóndilo; **periartritis escápulohumeral**, que viene favorecida por un terreno artrósico de la columna vertebral; **síndrome hombro-mano**, que también puede observarse en la artrosis cervical.

Finalmente describiremos el **síndrome de Barré-Liéou** que puede también observarse en la cervicoartrosis. Los síntomas fundamentales de este síndrome son: cefaleas frecuentes, sobre todo de localización cérvico-occipital que irradían hacia la frente; el dolor es profundo, lancinante, con paroxismos agudos, no pulsátil, que se presenta sobre todo con la hiperextensión de la cabeza, con el cansancio y con los cambios de temperatura; sensación vertiginosa provocada por cambios de posición de la cabeza; manifestaciones auditivas con acúfenos uni o bilaterales (zumbidos, silbidos, etc.), y sensación de obstrucción del conducto auditivo externo sin que ello sea cierto; manifestaciones visuales como son las moscas volantes, escotomas centelleantes, niebla, impresión de «cuerpo extrano ocular», y dolores retrobulbares o periorbitarios.

Como signos secundarios se describen dolores faciales con crisis vasomotoras, alteraciones faríngeas con sensación de sequedad, ardores, hormigueos, etc. En este tipo de pacientes el examen radiológico pone de manifiesto una artrosis cervical de la 4ª a la 7ª vértebra.

El **tratamiento** de la artrosis cervical es el común a todas las artrosis. No obstante, por su peculiar localización pueden estar indicadas ciertas medidas terapeúticas específicas como son la aplicación de un vendaje llamado minerva, que intenta efectuar una decompresión de las vértebras cervicales. Asimismo [illegible] con éxito las suspensiones cervicales, que [illegible] disminuyen el cuadro doloroso. Es también

importante en muchas ocasiones un tratamiento antidepresivo y ansiolítico, teniendo en cuenta la imbricación nerviosa de estos procesos.

El REUMA o REUMATISMO, es un dolor, una dolencia —muscular o articular— que surge y se reagudiza por la acción del frío; se trata de dolores casi siempre intermitentes que se desplazan de un músculo a otro, de una articulación a otra.

El REUMATISMO PALINDRÓMICO es una afección rara, que se presenta en el adulto joven de ambos sexos y que se caracteriza por la repetición periódica de artritis inflamatorias de curso breve, localizadas en una o varias articulaciones, sobre todo en dedos, muñecas y rodillas. Se presenta en un tiempo máximo de una hora y desaparece al cabo de medio a tres días. Estos episodios con topografía cambiante, sufren recidivas que fluctúan entre una a varias semanas. El reumatismo palindrómico evoluciona durante años y puede curar con el tratamiento propio de la poliartritis reumática o transformarse en este proceso.

El REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO, también llamado **fiebre reumática, reumatismo cardioarticular o enfermedad de Bouillaud**, es una dolencia aguda, que a veces evoluciona a brotes, no contagiosa, vinculada etiológicamente al estreptococo hemolítico y que afecta sistemáticamente a las articulaciones y al corazón; de curso febril, cede con el piramidón, los salicilatos y los glucocorticoides. Es una enfermedad originada por la sensibilización de los mesénquimas frente al **estreptococo betahemolítico**, como la glomerulonefritis aguda y la escarlatina. Por lo tanto, se puede considerar como una afección metaestreptocócica tipo amigdalitis, flemón dentario, piodermitis, etc. El germen que sensibiliza es el estreptococo betahemolítico de los grupos A y C de la clasificación de Lancefield. En favor de esta etiología de la fiebre reumática, depone la existencia de una faringitis o amigdalitis estreptocócicas y la presencia en el suero de los pacientes de anticuerpos dirigidos contra el estreptococo betahemolítico. Los antígenos de este germen que provocan los anticuerpos son la hemolisina, la fibrolisina y otros.

Factores concomitantes y predisponentes son el frío, las mojaduras, las caminatas, el exceso de fatiga y los traumatismos. Hay un factor constitucional y familiar como se demuestra por la incidencia en miembros de una misma familia. Predomina en otoño e invierno y es propio de la primera mitad de la vida (de 5 a 30 años). Se admite que un 2% de las amigdalitis estreptocócicas deficientemente tratadas pueden originar esta enfermedad.

La sintomatología se inicia siempre con la llamada preenfermedad reumática, o sea el proceso estreptocócico a través del cual se sensibiliza el mesénquima: catarros mucosos, principalmente faringitis y amigdalitis, otitis medias, enfermedades de los senos paranasales, focos e infecciones dentales, etc. La más corriente de estas afecciones es la amigdalitis estreptocócica. La iniciación de la enfermedad suele ocurrir las más de las 7/20 días de finalizada la preenfermedad reumática. La afección mesenquimal, o sea de los tejidos conjuntivos derivados de aquél, es muy extensa, aunque por predominar en las articulaciones, se denomina reumatismo poliarticular; pero, como luego veremos, se afectan también el corazón, la piel, el sistema nervioso central, etc. La **afectación articular** se localiza al principio en las grandes articulaciones, como las rodillas, los tobillos, los codos y las muñecas, para luego invadir las pequeñas. La afectación no suele ser a todas ellas, produciéndose brotes sucesivos que van invadiendo las diversas articulaciones. Predominan en las mismas fenómenos inflamatorios de dolor, tumor, calor y rubor, con cierta incapacidad funcional. Las masas musculares vecinas se atrofian y el paciente mantiene las articulaciones inmóviles y en situación antiálgica. Se afectan sobre todo las sinoviales articulares y aparece edema periarticular con derrames sinoviales. En pocas horas se incrementa la sintomatología en una determinada articulación para decrecer rápidamente e iniciarse en otra: es por lo tanto característico el rasgo poliarticular y fugaz de los fenómenos inflamatorios articulares. Invariablemente todo este cuadro va unido a la fiebre que puede llegar

hasta los 39,5° y que está en relación con el proceso articular, descendiendo y elevándose con los brotes articulares. Suele ir acompañada de un copioso sudor, incluso en los casos leves, independiente de la elevación febril más o menos acentuada.

Además de las articulaciones, el aparato circulatorio se ve casi siempre afectado y por eso se dice que el reumatismo poliarticular agudo, «lame las articulaciones y muerde el corazón». El primer síntoma que nos puede orientar hacia la participación circulatoria es la taquicardia persistente, cuando estando encamado el enfermo y descendiendo la temperatura, aquélla persiste. Las más de las veces se afecta el endocardio, otras el miocardio y menos el pericardio. Cuando el proceso afecta a las tres capas del corazón, se habla de **pancarditis reumática**. La **endocarditis reumática** es de tipo verrugoso, benigna y se localiza sobre todo en la válvula mitral y después en la aórtica (sobre todo en el sexo masculino); a veces las lesiones son dobles: estenosis e insuficiencia. Además del aparato circulatorio, pueden lesionarse las membranas serosas en general, como ocurre con otro proceso similar al que tratamos, la tuberculosis. En efecto, se observan pleuritis y peritonitis de causa reumática. La piel también se afecta y aparece más pálida, pudiéndose presentar dos lesiones características: el eritema nodoso, que se localiza en las piernas en forma de nódulos rojo-azulados, dolorosos, que cambian de color y que evolucionan en algunas semanas, y el eritema anular de Leiner. Pueden también afectarse los riñones, en forma de nefritis reumática y el ojo, que puede desarrollar una iritis. Destaca también por su importante participación algunas veces el sistema nervioso central, sobre todo en la infancia: la llamada **corea menor** o **corea de Sydenham**, que se presenta acompañada de endocarditis. También se ha descrito una forma rara de **reumatismo cerebral** que cursa con cefalea intensa, delirio, etc.

El **estudio analítico** de este proceso es importantísimo. Los leucocitos suelen estar moderadamente aumentados (hasta 15.000), que contrasta con la intensa elevación de la

velocidad de sedimentación, que se presenta a partir del 5° día y que a veces tarda mucho en normalizarse. Está provocada por el aumento del fibrinógeno, la alfaglobulina 2, la hexosamina y mucoproteínas. Asimismo se observan anticuerpos contra diferentes fracciones antigénicas del estreptococo betahemolítico, como son las estreptolisinas, la fibrinolisina y la hialuronidasa del germen. La reacción más empleada es la de las estreptolisinas, cuyo título se considera positivo por encima de 1/250. El curso y la evolución de este proceso es muy variable: desde las formas muy poco aparentes, hasta el brote agudo polisistémico, con gran afectación articular y cardíaca, con evolución durante meses en forma de brotes sucesivos. Cuando hay afectación cardíaca la enfermedad se prolonga notablemente. El estado del corazón marca el pronóstico de la enfermedad. Cuando las lesiones cardíacas dejan, como secuelas, lesiones valvulares crónicas, la supervivencia es de 12 a 20 años. Desde el **punto de vista anatomopatológico**, esta enfermedad se caracteriza por la presencia de unas estructuras circunscritas en forma de focos, denominados **granulomas reumáticos** o **nódulos de Aschoff**, que se observan en las articulaciones, en las vainas tendinosas, en el miocardio, en el pericardio, en las paredes vasculares, etc. En la **evolución** de la enfermedad, el primer parámetro que suele normalizarse es la velocidad de sedimentación globular y el título de antiestreptolisinas es el último que se normaliza.

La medicación específica de este proceso es el ácido salicílico, que muestra una apetencia especial hacia las articulaciones. El ácido salicílico se administra en forma de salicilato sódico, de 10 a 20 g. diarios o de ácido acetilsalicílico (aspirina) de 4 a 8 gramos diarios, por vía oral en adultos. Hay que tener en cuenta la intolerancia gástrica. Los salicilatos suelen disminuir ligeramente la protrombina, por lo que deben administrarse conjuntamente con vitamina K. A veces provocan zumbidos de oídos, vértigos, hipoacusia, sudores profusos, vómitos y dolores de estómago; para estos últimos, da buen resultado el bicarbonato sódico. El piramidón también

se ha utilizado con éxito. En nuestro amhiente apenas se observan agranulocitosis, a diferencia de lo que indican otras secuelas. Los glucocorticoides y el ACTH constituyen también una valiosísima terapeútica. Están indicados cuando hay afectación cardíaca y deben emplearse siempre a fin de evitar la aparición de aquélla, con lo que logramos que el proceso no se haga polisistémico. Al objeto de tratar la infección o preenfermedad que origina este proceso, y de la que pueden quedar restos en forma de focos, es importante la **terapéutica penicilínica**, que es imprescindible como profilaxis de la enfermedad reumática. El reposo en cama es fundamental mientras el paciente tenga fiebre y no se haya normalizado la velocidad de sedimentación globular. Hay que evitar todos los factores «a frigore». Como profilaxis se procurarán tratar adecuadamente todas las infecciones estreptocócicas, principalmente las faringoamigdalares, mediante la administración generosa de penicilina. Para evitar las recidivas del reumatismo, se procurará proteger al paciente durante años contra nuevas infecciones estreptocócicas, administrando con mayor o menor frecuencia dosis de penicilina benzatina. En invierno, estas dosis se harán con mayor frecuencia. La extirpación de focos dentarios y amigdalares, previa protección con penicilina, sigue aún vigente para muchos autores, aunque otros nieguen la utilidad de la amigdalectomía sistemática. No cabe duda de que el uso generoso de penicilina ha disminuido la morbilidad del reumatismo poliarticular agudo.

El REUMATISMO PSORIÁSICO agrupa todas las manifestaciones dolorosas articulares, generalmente inflamatorias, que se presentan en el curso de una psoriasis. Tiene una frecuencia de un 5% en los afectos por esta dermatosis. Desde el **punto de vista clínico**, tras una fase prodrómica mioartrálgica, aparece uno de los cuadros siguientes:

1) Una **monoartritis**, localizada, sobre todo en las manos en los pies.

2) Una **poliartritis crónica** que difiere poco de la poliartritis reumática, aunque apenas afecta al estado general.

3) Una **pelviespondilitis reumática**.

Desde el **punto de vista radiológico**, las articulaciones presentan el aspecto de las artritis inflamatorias, con imágenes formativas y destructivas, principalmente en los dedos de las manos y los pies. Desde el punto de vista analítico, hay una reacción inflamatoria con leucocitosis y velocidad de sedimentación globular aumentada, aunque la reacción de Waaler-Rose es negativa. El **diagnóstico** suele efectuarse si se conoce la existencia previa de la psoriasis. Cuando esta última no se haya descubierto, bueno será buscarla sistemáticamente en todas sus localizaciones: rodillas, nalgas, uñas, codos, cuero cabelludo, etc. El **tratamiento** es el propio de la poliartritis reumática y de la espondiloartritis anquilopoyética.

BREVE DICCIONARIO MÉDICO

(Para mejor interpretar ciertos términos vertidos en este apartado)

ACROPARESTESIA

Parestesia localizada en las manos o en los pies. Consiste en un dolor o sensación bastante molesta en la punta de los dedos.

ADENOPATÍA

Con este término genérico se designan en general todas las afecciones inflamatorias, degenerativas y neoplásicas, que afectan a los ganglios linfáticos.

ALGIA

Palabra de procedencia griega que significa «dolor, dolencia». Se emplea generalmente para indicar el dolor localizado en puntos bien circunscritos de la superficie cutánea.

ANAMNESIS

De la palabra griega **«mnesis»** (significa **memoria**), a la que se le ha antepuesto el prefijo **«ana»**, entendido en este

caso particular en el sentido de **«sobre»**, **«primera»**; así pues, **anamnesis** será la recopilación hecha por el médico —en la cabecera del naciente— de todas las noticias y de todos los antecedentes morbosos en relación con el enfermo, que puedan aclarar algo sobre la dolencia del mismo.

ANTICUERPOS

Son las proteínas elaboradas por el organismo (GAMMAGLOBULINAS), que se producen tras la penetración de sustancias extrañas denominadas **antígenos**, con las que tienen la capacidad de reaccionar esoecíficamente. Los anticuerpos al reaccionar con los antígenos los bloquean, neutralizan y favorecen su eliminación, por lo que estas sustancias constituyen el aspecto esencial de los mecanismos de defensa inmunitaria. Desde el punto de vista químico, los anticuerpos son globulinas y mediante el examen electroforético del suero se identifican en gran parte con la fracción gamma. Los anticuerpos se producen en la llamadas células inmunológicas, entre las que destacan los linfocitos y células plasmáticas y algunos elementos del sistema retículohistiocitario. Numerosos factores influyen en la biosíntesis de estas sustancias, entre los que destacan la naturaleza y la cantidad del antígeno, la edad, el estado fisiológico del individuo o el patológico), la intervención de agentes físicos (radiaciones) o farmacológicos (inmunodepresores).

BIOPSIA

Observación microscópica de la estructura histológica de un trozo de tejido extirpado quirúrgicamente de un organismo, al objeto de reconocer su estructura. Es un método de gran importancia en el diagnóstico de los tumores.

CEFALEA

Es el dolor de cabeza y constituye un síntoma y no una enfermedad. Intentar describir todos los procesos que cursan con cefalea equivale a referir toda la patología. Sin embargo, es preciso que se establezcan con respecto a este síntoma las siguientes premisas: a) La cefalea puede ser la primera, e incluso, la única señal de una enfermedad importante y grave; b) Ante una cefalea reiterada es imprescindible efectuar una exploración detallada del enfermo antes de catalogarla de funcional.

DIAGNÓSTICO

Con este término —derivado del verbo griego que significa **«conocer mediante»**— se entiende en Medicina el descubrimiento o reconocimiento de la enfermedad en la cabecera del paciente mediante los síntomas de índole diversa con los que aquélla se manifiesta.

EPICÓNDILO

Es una tuberosidad lateral de la extremidad inferior del **húmero** (hueso del brazo), llamada así porgue está situada por encima (**epi**) del **cóndilo**, porción de la cabeza humeral inferior que se articula con el **radio** (hueso del antebrazo). En el epicóndilo se insertan los músculos de la región posterior del antebrazo que al contraerse extienden a éste sobre el brazo y la mano sobre el antehrazo.

ERITEMA

Es la lesión cutánea más corriente, que consiste en el enrojecimiento de la piel más o menos extenso, fugaz o permanente y que se produce por una hiperemia vascular, o sea, por el mayor aflujo de sangre en una zona determinada de la piel.

ESTAFILOCOCO

Es un microbio piógeno (es decir, productor de pus), cuyo nombre procede de la forma oval que posee (**coco**) y por presentarse agrupado en **«racimos»** (**estafilo**, prefijo derivado del sustantivo griego que significa **«racimo»**). Estos microbios son responsables de numerosos fenómenos supurales locales (furúnculos, ántrax, panadizos, abscesos, etc.), y de una grave forma de infección generalizada en la sangre (septicemia), llamada estafilococemia.

ESTREPTOCOCO

Microorganismo (bacteria) Gram positivo, esférico u oval de 1 milimicra de diámetro, con disposición característica en forma de cadena y distribuidos ampliamente por la naturaleza. Inmóviles no esporulados, a veces encapsulados, la mayoría aerobios o anaerobios facultativos. Producen gran cantidad de sustancias que constituyen la base de su clasificación. Desde el punto de vista antígeno cabe destacar entre los antígenos la existencia del carbohidrato C, la proteína M y la sustancia T. Origina más de 20 toxinas y enzimas extracelulares entre las que destacan: la estreptocinasa, la estreptodornasa, la hialuronidasa, la eritrotoxina y las hemolisinas (estreptolisina O y S). Por la existencia de las hemolisinas, los estreptococos se dividen en: betahemolíticos, alfahemolíticos (la betahemólisis es la destrucción completa de los eritrocitos por dicha sustancia, con liberación de hemoglobina, en cambio la alfahemólisis es la destrucción incompleta de los eritrocitos con formación de un pigmento verdoso). La mayoría de los estreptococos responsables de la patología humana son betahe-

molíticos y de acuerdo con su carbohidrato C de carácter antígeno se dividen en 15 grupos, los de Lancefied, que se designan con las letras comprendidas entre la A y la Q. La mayoría de todas las estreptococias humanas están prodllcidas por estreptococos betahemolíticos del grupo A, que se denominan también estreptococos piogenes, responsables, entre otras, de las siguientes enfermedades en patología humana: amigdalitis y nasofaringitis, otitis media, mastoiditis, adenitis cervicales, abscesos faríngeos y periamiedalares, escarlatina, piodermitis, celulitis, bacteriemias y septicemias.

ETIOLÓGICO (tratamiento)

Es el tratamiento causa1, o sea, dirigido no contra los síntomas de la enfermedad concreta (tratamiento sintomático o paliativo), sino contra la causa que la ha provocado.

FISIOTERAPIA

Con este término se entiende el conjunto de tratamientos (**terapeúticas**) de orden **físico**; pero, este significado es erróneo, ya que «fisioterapia» quiere decir —según la etimología de las palabras griegas **fysis** (naturaleza) y **therapeuo** (tratar) no ya «terapéutica física», sino «**terapeútica natural**». Por eso, en rigor, se debería decir «fisicoterapia» y no «fisioterapia» para indicar el conjunto de los diversos tratamientos de naturaleza física, es decir, por medio de agentes físicos (clima, sol, frío, calor, gimnasia, masajes, baños de agua corriente y de mar, arenación, fangadura, electricidad, irradiaciones artificiales ultravioletas, diatermia, etc.).

GONOCOCO

Es el microbio de la infección blenorrágica.

GRANULOMA

La terminación en **oma**, reservada por conveniencia a los tumores, podría hacer pen.ar en una afección tumoral (y en efecto, en el pasado muchos **granulomas** fueron considerados como tumores); en cambio, actualmente, el granuloma se considera como una masa circunscrita redondeada (**nódulo**) —debida a la proliferación vasculoconectiva local de oripen flogístico que se produce en el curso de algunas afecciones inflamatorias agudas o subagudas o crónicas provocadas por determinados tipos de microbios patógenos u hongos parásitos; estas masas de tejido neoformado sufren rápidamente fenómenos degenerativos o necróticos (destructivos) por ausencia o escasez extrema de vasos sanguíneos nutricios, y a la observación microscópica histológica presentan caracteres de especificidad como para poder reconocer el microbio o el hongo que los ha provocado. Así por ejemplo, el TUBERCULOMA, el SIFILOMA, el LEPROMA, el ACTINOMICOMA, etc., son una serie de formas de **granuloma** que se producen en el curso de las inflamaciones específicas denominadas respectivamente **tuberculosis, sífilis, lepra, actinomicosis**. También el GOMA, lesión característica de la sífilis terciaria, es un granuloma.

HIPOACUSIA

Es la disminución (**hipo**) de la facultad auditiva (**acusia**); la falta completa del oído recibe, en cambio, el nombre de ANACUSIA. La disminución auditiva puede ser de origen central (lesiones del laberinto o de las vías nerviosas auditivas) o de origen periférico (lesiones del oído externo o medio). **Hiperacusia** es el trastorno auditivo opuesto: aumento anormal y por lo tanto patológico de la percepción auditiva.

LEUCOCITOS

Son los **glóbulos blancos** de la sangre. Su denominación procede del griego: células blancas.

LINFÁTICO (sistema)

Es el conjunto de capilares, de vasos y de tejidos formados por células linfáticas y de órganos que originan la producción de linfocitos y lanzan a la circulación la linfa del organismo.

LINFOCITOS

Son leucocitos mononucleares que se encuentran en la sangre circulante, en los órganos linfoides como el bazo, los ganglios linfáticos, el timo, etc., y en el tejido conjuntivo laxo, adonde pueden emigrar en caso necesario. Desde el punto de vista morfológico se dividen en **linfocitos pequeños**, **medianos** y **grandes**, variando su diámetro de 4 a 15 micras. Los más característicos son los linfocitos pequeños, con un núcleo central redondeado, bien aparente y un protoplasma alrededor poco visible. Por su origen, los linfocitos se dividen en linfocitos producidos por el timo o **linfocitos T**, que luego se localizan en los órganos linfoides periféricos (ganglios, bazo, etc.) y que intervienen en las reacciones de hipersensibilidad retardada y en los rechazos hísticos de los injertos orgánicos y los **linfocitos B**, formados en los ganglios linfáticos y en el bazo, situados en las amígdalas palatinas y en las formaciones linfáticas intestinales, vinculados a la producción de anticuerpos en los fenómenos de hipersensibilidad inmediata. La duración de los linfocitos es variable, desde 24 horas a varios años, siendo la vida de los linfocitos pequeños de 1 a 2 días y, en cambio, los linfocitos grandes son de vida prolongada. Todos ellos están vinculados a la im-

portantísima función d mecanismo de defensa general del organismo.

NECROSIS

Es la muerte de ur rupo de células, tejido u órgano; la causa que provoca e trastorno es múltiple, ya que los agentes lesivos son nu erosos, entre los que se encuentran los agentes físicos (c or, frío, radiaciones, traumatismos, etc.); los agentes quím os tóxicos; los trastornos de la circulación que provocan a xia; agentes biológicos, etc.

NÓDULO

Es un pequeño re ve bien circunscrito y duro de tejido neoformado, localiza en el dermis cutáneo o en el tejido celular subcutáneo; p de estar provocado por procesos inflamatorios crónicos (ilis, tuberculosis, lepra, etc.) o de naturaleza tumoral.

P RIARTRITIS

Es la inflamación l tejido conectivo que rodea la articulación; en general, es nsecutiva a la inflamación de esta última (ARTRITIS) y e sus mismas causas y formas.

OFILAXIS

Son las medidas qu se toman para evitar la difusión de las infecciones.

PROTROMBINA (o trombógeno)

Es el fermento TROMBINA en estado inactivo, que se transforma en trombina bioquímicamente activa en presencia de las sales de calcio y por obra de otro fermento denominado TROMBOQUINASA.

RAQUIS

Es otra denominación de la columna vertebral.

SINOVIAL (membrana)

Es la membrana serosa delgada, lisa y reluciente que tapiza las paredes internas de las cavidades articulares; segrega un líquido lubrificante llamado SINOVIA.

SINOVITIS

Es la inflamación de la membrana **sinovial**, que puede estar provocada por traumas locales (contusiones) o por infecciones (reumatismo articular agudo, escarlatina, tifus, tuberculosis, sifilis, etc.); se denomina **artrosinovitis** cuando la inflamación se extiende a las dos cabezas articulares. Puede cursar en forma **aguda, subaguda** y **crónica** y ser de naturaleza **serosa, purulenta, plástica, vegetante** o **fungosa**. La articulación lesionada por la **sinovitis aguda** se presenta hinchada y un poco dolorosa; los movimientos están parcialmente limitados y son dolorosos. El tratamiento consiste en combatir la infección localizada en la articulación, reposo absoluto en cama y en algunas ocasiones la inmovilización mediante el correspondiente vendaje de yeso. La articulación que con más frecuencia se afecta es la rodilla, sobre todo en su forma tuberculosa.

LA ARTROSIS

GENERALIDADES

I

PROCEDENCIA DE LA ARTROSIS

Cuando a un médico se le pregunta, **¿Por qué tengo artrosis, doctor?**, la respuesta más ecuánime y sincera, podría ser: **Lo ignoro.** Y se estaría aludiendo, paradójicamente sin hacerlo, a la artrosis primaria, idiopática o de causa ignota. Porque cuando más se profundiza en las posibilidades causales o etiológicas, más se reduce el grupo primario, y en consecuencia mayor es el grupo de artrosis secundaria o motivada por causas conocidas, como trastornos mecánicos, congénitos o de otra naturaleza. Los factores etiológicos implicados en el desarrollo de la artrosis son los siguientes: genéticos, traumáticos, endocrinos, inmunológicos, vasculares, metabólicos, biomecánicos y enzimáticos. La etiología de la artrosis es, por tanto, multifactorial. Los traumatismos repetidos, mayores o menores, sobre las articulaciones pueden determinar el punto de inicio y la severidad; pero los factores metabólicos, endocrinos, hereditarios y demás, juegan asimismo un papel importante en diferentes casos.

Estudiemos algunos de estos factores:

A. FUENTE HEREDITARIA. La herencia, los factores genéticos, tienen, ¿qué duda cabe?, un importante papel en la artrosis generalizada, tal como quedó demostrado en estudios de muestras de población escogida al azar en Lankashire y Yorkshire entre 1954 y 59. Se ha apuntado que los nódu-

los de Heberden en las articulaciones interfalángicas distales de los dedos, en asociación con artrosis de las articulaciones carpometacarpianas del pulgar, se heredan como un solo gen autosómico de carácter dominante en las mujeres y recesivo en los hombres. Habitualmente la artrosis no sigue ningún patrón mendeliano simple de dominancia, sin embargo, determinado número de trastornos genéticos con un claro patrón mendeliano de herencia presentan artrosis como una manifestación menor, como por ejemplo en la alcaptonuria, la artrosis hereditaria de la cadera, la pseudoacondroplasia, la displasia hereditaria múltiple, etc.

B. GÉNESIS TRAUMÁTICA. Un traumatismo puede originar artrosis. En los casos de fractura articular, la relación es evidente. En otros casos de traumatismo, ya sean grandes (generalmente únicos) o microtraumatismos (frecuentes en determinadas profesiones), la relación es relativa. Se han estudiado diferentes colectivos profesionales, concretándose una mayor incidencia en unas personas que en otras, pero, ¿por qué, entre varios individuos del mismo sexo, edad y profesión, sin ninguna alteración articular previa, unos desarrollan artrosis y otros no? Es obvio que influye algún otro factor que concreta la alteración del cartílago articular; en la artrosis primaria éste es el único factor invocable, cuya naturaleza se desconoce. En ocasiones, en el mundo laboral, estas entelequias conllevan problemas desde el punto de vista médicolegal, a menudo imposibles de resolver.

C. LOS DEPORTES. La artrosis no es nada frecuente en los deportistas, al menos mientras ejercen como practicantes. Con frecuencia se objetivan cambios a nivel del hueso periarticular pero sin alteraciones en el cartílago articular. Sin embargo, los traumatismos severos, las luxaciones, las intervenciones, comportan con frecuencia la aparición de cambios artrósicos postraumáticos. Es sorprendente el hecho de que el tobillo, siendo una articulación tan utilizada en el deporte y que soporta tanta carga, apenas se vea afectado por el proceso artrósico. Los médicos atienden en sus consultas algunos ex deportistas con artrosis; pero hay una pregunta que

queda sin respuesta: ¿Cuál hubiera sido la evolución si no hubiesen practicado deporte?

D. LA LONGEVIDAD. ¿Es la artrosis una consecuencia de la edad? No se puede afirmar categóricamente. La artrosis no es un simple desgaste de zonas sobreutilizadas. No lo es en la cadera y lo es, probablemente, en la articulación femoropaletar. La edad, es obvio, se convierte en un factor primordial en el desarrollo de la artrosis, sin ser necesariamente el único ni tampoco el dominante.

E. EL EXCESO DE PESO. Ha podido comprobarse que existe una mayor incidencia de artrosis en las articulaciones que soportan peso entre los individuos que exceden en un 10% el peso standart. La artrosis se presenta sobre todo en mujeres, de las cuales el 60% de las obesas tienen artrosis en las rodillas frente al 27% de las no obesas. Las experiencias médicas demuestran que muchas artrósicas obesas que han dejado de serlo, mejoran notoriamente o totalmente su proceso artrósico, al menos clínicamente.

F. LAS PAUTAS ALIMENTICIAS. La ingesta copiosa de carbohidratos, grasas y alcohol, así como las deficencias dietéticas en la infancia predisponen el padecimiento de artrosis.

G. LA CLIMATOLOGÍA. Aunque no se ha demostrado de manera fehaciente que los factores climatológicos constituyan un factor etiológico de la artrosis, la sintomatología suele ser más común y severa en climas húmedos y fríos que en los cálidos. En general, los dolores se toleran mejor en los climas templados, secos y soleados. Si bien no se ha demostrado que el clima sea un factor determinante, sí que lo es influyente.

H. PROCEDENCIA ENDOCRINA. Si bien se dice clásicamente que los cambios degenerativos se producen con mayor frecuencia en los sujetos que padecen diabetes mellitus y otros transtornos endocrinológicos, la principal influencia endocrina parece ser la menopausia, momento en el que aparece el tipo más común de artrosis en la mujer.

II

SÍNTOMAS GENERALES DE LA ARTROSIS

A. DOLOR. En función de la más elemental de las lógicas es el síntoma por cuya causa acuden a la consulta del facultativo la práctica totalidad de los pacientes que sufren alguna afectación articular. La característica fundamental del dolor artrósico es que es de carácter mecánico. O sea, que se agrava con el movimiento y remite con el descanso. Es más intenso al iniciar la actividad y mejora al cabo de pocos minutos. Así, la rodilla o la cadera duelen cuando nos levantamos de la silla o de la cama, y cuando se caminan unos pasos decrece o desaparece el dolor. Es lo que puede definirse como dolor de arranque. Si andamos exageradamente el dolor reparece de nuevo hasta limitar nuestra funcionalidad, llamándose ahora dolor claudicante. Estas particularidades del dolor son típicas y patognomónicas, suficientes para que el médico con un pequeño diálogo conozca ya el diagnóstico.

B. TUMEFACCIÓN ARTICULAR. Es el aumento de volumen de una articulación. Suele decirse, **tengo la rodilla hinchada, abultada**. La causa puede ser un engrosamiento de las estructuras capsuloligamentosas que conforman la articulación, o una distensión de éstas por acúmulo del líquido articular. Tenemos un derrame o «agua» en la rodilla. Este líquido articular es producido por la sinovial ante un proceso irritativo o inflamatorio. Es de gran utilidad puesto que nos permite el analizarlo.

C. ENROJECIMIENTO E INCREMENTO DEL CALOR LOCAL. Esto no es frecuente en la artrosis, pero hay estadios agudos en los que sí puede aparecer. Es entonces cuando la articulación está inflamada y cuando suele ser más dolorosa.

D. IMPOTENCIA FUNCIONAL CON LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO. Sucede en ocasiones que la artrosis no nos permite andar. Las articulaciones están inflamadas, existe derrame y los músculos están contraídos limitando la movilidad como si se tratase de proteger o defender las articulaciones. Aparte de éstos períodos agudos, inflamatorios, existen otras causas mecánicas que pueden limitar asimismo nuestra funcionalidad, nuestros movimientos. Así, la incongruencia articular, el crecimiento de los osteofitos, los desprendimientos de cartílago o hueso dentro de la articulación, a los que se llama ratones articulares. Estos últimos se constituyen por desprendimientos o por formación en la sinovial. Se llaman ratones porque están sueltos y se desplazan, nadando en el líquido articular de un lado para otro. Cuando se interponen entre las superficies articulares, bloquean la articulación. Las roturas de los meniscos, que son cartílagos en forma de cuña semilunar que se encuentran en la rodilla, también puede limitar la movilidad.

E. DEFORMACIÓN ARTICULAR. Debida, en principio, a las alteraciones de los cartílagos articulares y a las excrecencias óseas u osteofitos que van apareciendo a lo largo del tiempo, las articulaciones se deforman tanto en la forma y volumen como en la orientación de los ejes. Así, podemos observar frecuentemente la deformidad de los dedos de las manos, la del pulgar, la desviación de la rodilla, etc. Todo ello ocurre cuando la artrosis está en estadios avanzados.

F. CRUJIDOS. En ocasiones se perciben crujidos y/o chasquidos en las articulaciones, especialmente en las rodillas y cervicales. Ello es debido a la rugosidad de las superficies cartilaginosas y a que el hueso, ya desnudo de cartílago, roza con el otro hueso de la articulación. La intensidad de estos crujidos o crepitaciones no es paralela a la gravedad del proceso ni al dolor. De hecho, muchas veces es asintomática.

III

TRATAMIENTO GENERAL DE LA ARTROSIS

A. ¿MOVILIDAD O REPOSO? En los períodos álgidos de artrosis, durante la inflamación, se recomienda un reposo relativo, dado que el mismo actúa como antiinflamatorio y relajante muscular. Pero al margen de estas situaciones críticas cabe pensar que un moderado ejercicio constituye un excelente profiláctico contra la artrosis. En él se mantiene la coordinación neuromuscular, se previene una atrofia muscular y ósea, y se conserva la resistencia de los tendones y ligamentos. El ejercicio tiene unos efectos benefactores: retrasar el envejecimiento biológico, mejorar la circulación sanguínea, incrementar la capacidad del aparato respiratorio, aumentar la coordinación, la estabilidad y la agilidad, colaborando asimismo a mantener el peso idóneo y mejorar el equilibrio emocional y afectivo. No se conocen contraindicaciones a ese proceso, resulta muy económico, y puede practicarlo cualquiera.

B. INGESTA ALIMENTICIA. No todos los autores y profesionales se ponen de acuerdo a la hora de relacionar el peso (y la dieta) con la artrosis, pero lo que sí está claro es que, dolencias al margen, el exceso de peso y en mayor grado la obesidad, no benefician a nadie. Suposiciones y conjeturas aparte, queda no obstante fuera de toda duda que sí existe una estrecha relación entre obesidad y artrosis. Con el exceso de peso las articulaciones sufren más de lo necesario, especialmente las que soportan más carga como las caderas y rodillas. Lo ideal es, que todos aquellos que padecen artrosis/sepan encontrar, por sí mismos, la dieta adecuada que les mantenga en el peso que por su edad, estatura, sexo y constitución, les corresponda. Y esto puede lograrse con ingestas

bajas en grasas y calorías, que deberán corresponderse con la actividad profesional que se practique. Lo más sensato es ponerse en manos de un dietista que nos aconseje debidamente porque, en estos casos, tan grave puede ser pecar por exceso como por defecto. Todo artrósico que consiga encontrar su peso ideal tendrá mucho de ganado.

C. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA. Esta última es la aplicación de métodos fisicos para reducir el dolor y mantener o mejorar la función. La rehabilitación es el conjunto de medidas que se coordinan, con el objetivo de reducir la incapacidad, mejorar el entorno del enfermo crónico y proporcionarle un comportamiento adaptativo. Veamos acto seguido algunas facetas de la fisioterapia:

1. **Ejercicios.** Se trata de un pilar básico en el tratamiento de la artrosis. Pueden ser activos, pasivos y posturales. Los activos los lleva a cabo el enfermo sin colaboración. Por lo que respecta a los pasivos será el fisioterapeuta el encargado de maniobrar sobre las articulaciones, estando el paciente en reposo. Los posturales están recomendados en los procesos que se relacionan con las alteraciones degenerativas cervicales y lumbares; ellos recomponen la estática de la columna reforzando la musculatura. Los ejercicios, en general, benefician la movilidad articular, la coordinación postural y conservan la fuerza muscular.

2. CALOR. Alivia el dolor y relaja la musculatura. Puede aplicarse por conducción cuando se hace directamente sobre la superficie del cuerpo en forma de paños de agua caliente, esterillas eléctricas o parafina. Por radiación de infrarrojos. Por diatermia que induce el calor en los tejidos profundos; se realiza mediante onda corta, microondas, ultrasonidos o láser. El calor actúa produciendo una vasodilatación que ayuda a disminuir la inflamación. El frío aplicado localmente también reduce el dolor y el espasmo muscular en algunos enfermos. Pueden aplicarse frío y calor alternativamente y se obtienen resultados favorables.

3. MASAJE. Con el masaje tanto superficial como profundo se consigue la activación circulatoria que es [illegible]

te beneficiosa para la resolución de la sinovitis artrósica. Aplicado sobre las articulaciones, favorece la reabsorción de los líquidos sinoviales, activa la circulación sinovial y favorece el drenaje de las sustancias nocivas articulares.

4. TRACCIONES CERVICALES O LUMBARES. Son beneficiosa si se aplican correctamente. Aunque no influyen de manera directa en el proceso artrósico, si eliminan el dolor, la contractura y resuelven en algunos casos los síndromes radiculares.

D. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. El enfermo artrósico sufre con frecuencia dolor y malestar considerables durante la mayor parte del día y por ello necesita un fármaco no tóxico, preferiblemente de vida larga (que su efecto se prolongue durante varias horas), que se pueda administrar por vía oral. Éste aliviará sus dolores incrementando al mismo tiempo la capacidad funcional y la moral, permitiéndole desarrollar más favorablemente las actividades diarias sin dolor. Es en la actualidad el medio terapéutico empleado con mayor frecuencia por los médicos (aunque existen criterios al respecto), si bien no se puede garantizar que sea el idóneo o más efectivo. Su empleo está razonablemente indicado, ya que el dolor, en la artrosis, es secundario a la inflamación sinovial; en consecuencia, la administración de estos elaborados de farmacia se supone que será efectiva. La medicina dispone hoy en día de un amplio e importante de fármacos que se dispensan de la forma más adecuada posible. No es procedente que el enfermo se automedique (ni por razón de la artrosis ni por causa de cualquier otra dolencia). Conviene que sea el facultativo quien señale en cada momento qué producto o que combinación de éstos es la más favorable.

1. **Antiinflamatorios**. Obviamente, son aquellos que disminuyen el proceso inflamatorio. Existen de dos tipos: AINE y corticosteroides. Los AINE más utilizados son el ácido acetilsalicílico, indometacina, fenilbutazona, piroxicam, diclofenac, naproxen, etc. Su empleo, dosificación y prevención de los efectos no deseados constituyen un serio problema para los profesionales de la medicina. Los corticoteroides no se

deben utilizar en el tratamiento de la artrosis más que en forma de infiltración intraarticular ya que pueden resultar muy beneficiosos en algunos casos; son muy buenos antiinflamatorios pero sus complicaciones son también importantes, razón por la cual su uso debe ser restringido.

2. **Analgésicos.** Atenúan el dolor y se utilizan para combatirlo; los más difundidos son el paracetamol y el ácido acetilsalicílico. Los hay de más enérgicos pero deben administrarse con las debidas precacuciones.

3. **Psicotropos.** Disminuyen la ansiedad y aumentan la relajación muscular. Aunque al profano y al que no lo es tanto pueda parecerle sorprendente el uso de estas sustancias que actúan en la psique y sobre el comportamiento, lo cierto es que proporcionan notables beneficios en el tratamiento de los enfermos artrósicos.

4. **Regeneradores del cartílago.** Todavía no está fehacientemente demostrada su eficacia, pero son muchos los trabajos de investigación que avalan su efecto positivo en el tratamiento de la artrosis, particularmente en la fase inicial.

E. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. Con él se puede prevenir la artrosis y tratarla mediante sustituciones articulares; y se previene mediante aportaciones quirúrgicas que mejoran la alineación de los ejes articulares. Son infinidad los cirujanos que han intervenido a pacientes (jóvenes o no) con la finalidad de corregir defectos del organismo que conducirían con el tiempo, de no mediar la susodicha intervención, a la artrosis. Se han operado desviaciones de la rodilla por genu varo o valgo, caderas, rótulas, pies, etc., habiéndose obtenido resultados excelentes. Cuando la función ha sido gravemente dañada y el dolor no remite con un tratamiento medicamentoso o fisioterapéutico, el siguiente paso es la intervención quirúrgica. Actualmente pueden sustituirse las articulaciones de las caderas y rodillas, muñecas, codos, hombros, dedos e incluso los discos intervertebrales. Los resultados en caderas y rodillas son altamente satisfactorios. Los métodos de fijación y vitalio, la cerámica y el polietileno han aportado grandes avances a la cirugía protésica.

F. OTRAS ALTERNATIVAS. En la actualidad se ha escrito bastante sobre las medicinas denominadas heterodoxas, alternativas o no reconocidas oficialmente; hay quienes suelen infravalorarlas, menospreciarlas... Pero la realidad y el sentido común aconsejan no descartar de antemano otros campos de posibilidades. Se trata de otros tipos de técnicas médicas en la que trabajan profesionales y estudiosos de prestigio, buenos conocedores de la medicina. No es correcto que la ignorancia hacia esas nuevas técnicas (o la autosuficiencia) lleve a desprestigiarlas ante la consideración de no científicas. Desde hace tiempo en muchos países se han admitido, incluso en las propias universidades, como métodos válidos. Técnicas como la acupuntura, auriculopuntura, homeopatía, fitoterapia, etc., y otras que se van popularizando, aún no siendo científicas según las interpretaciones ortodoxas, lo cierto es que han mejorado la condición de vida de miles de artrósicos. Quizá en un futuro no muy lejano se pase a depender de ellas.

CONSEJOS PRÁCTICOS

10 NORMAS FUNDAMENTALES PARA REDUCIR LA ARTROSIS

LAS 10 NORMAS

1 LAS POSTURAS	2 POLÍTICA ARTICULAR
3 INGESTA ALIMENTICIA ADECUADA	4 CONTROL DE LAS LABORES
5 FISIOTERAPIA	6 MEDICACIÓN PRESCRITA
7 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CUANDO LO ACONSEJEN	8 EJERCICIO FÍSICO
9 PÓNGALE BUENA CARA A LA ARTROSIS	10 SEPA CONVIVIR CON LA ARTROSIS

1

LAS POSTURAS

Actuaciones al parecer tan insignificantes o intrascendentes como agacharse y levantarse, sentarse, levantarse de la cama, estar de pie y dormir, son de capital importancia.

Si sufre usted de artrosis lumbar, tenga siempre muy presentes estas consideraciones:

—Agáchese utilizando las rodillas y no flexionando la espalda.
—Los movimientos deben ser pausados y suaves.
—Eluda el torcerse o balancearse y también los movimientos bruscos.
—Al sentar sentado recuerde que debe apoyar siempre la espalda en el respaldo.
—No permanezca de pie durante mucho tiempo.
—Mantenga los pies separados.
—Ocasionalmente sírvase de un corsé ortopédico.
—Duerma en una cama dura.

Si su artrosis es cervical contemple las siguientes prevenciones:

—Utilice una almohada baja.
—Lea o trabaje sin inclinar excesivamente la cabeza.

—No acarree demasiado peso.
—Aplíquese calor; ducha, esterilla, etc.

En el caso de que su artrosis afecte rodilla o cadera, atienda las siguientes observaciones:

—No utilice asientos bajos ni sofás.
—Evite agacharse.
—No camine en exceso.
—No permita que sus articulaciones estén rígidas.
—Cambie de postura con frecuencia.
—Cuando tome asiento los pies deben descansar sobre el suelo.

Si sufre artrosis en el pie tenga presentes estos consejos:

—Utilice calzado adecuado.
—No ande excesivamente sin descansar a intervalos.
—Hágase masajes en los pies.

2

POLÍTICA ARTICULAR

Es fundamental que asuma su condición de artrósico y, en consecuencia, administre sus fuerzas de manera adecuada lo mismo que sus posibilidades articulares. En los períodos en que el dolor cobre carta de naturaleza con cierta intensidad, disminuya sus actividades.

—No realice sobreesfuerzos o ejercicios duros con la articulación afectada.
—Evite los deportes de riesgo.
—No ande excesivamente, y si lo hace, no lleve peso.

—Cambie de postura con frecuencia.
—No conduzca más de 100 Km. sin tomarse un descanso.

3

INGESTA ALIMENTICIA ADECUADA

Ya nos hemos referido a este tema con anterioridad y hemos dicho que existe una gran controversia al respecto (nosotros nos inclinamos hacia el lado de que la dieta es conveniente). Aunque parezca una perogrullada es obligado decir que la pauta alimenticia correcta es aquella que nos proporciona, en cantidad y calidad, lo que estrictamente necesitamos. En términos generales se puede decir que debe ser rica en vegetales y productos lácteos; pobre en grasas, harinas y azúcares; siendo suficientemente rica en proteínas. Se trata, en definitiva, de comer con sentido común y saborear 108 alimentos con el paladar.

4

CONTROL DE LAS LABORES

Muchas labores (tanto en el ámbito del hogar como en el profesional) requieren inclinarse y efectuar movimientos repetidos. Debemos conocer este tipo de actividades y repartirlas dentro del tiempo que dispongamos para realizarlas. Los consejos que a continuación enumeramos van dirigidos, mayormente, a las amas de casa que sufren padecimientos artrósicos:

—Elija un colchón que mantenga repartido el peso del cuerpo de manera uniforme.
—Cambie las tareas con frecuencia; no quiera planchar toda la ropa de una vez, ni fregar todo el piso, ni limpiar todos los cristales de la casa.
—Si plancha de pie ponga uno de los pies sobre un taburete y alterne con el otro.
—Utilice fregona de mango largo y friegue de derecha a izquierda (no de delante a atrás).
—No transporte mucho peso al ir al mercado.
—Evite hacer ganchillo durante mucho rato.
—En el jardín o el campo tenga presente el adoptar posturas adecuadas.
—En líneas generales procure repartir en dosis equitativas sus tareas domésticas.

5

FISIOTERAPIA

Es un tratamiento en el que intervienen los ejercicios físicos; o mejor dicho, agentes físicos y ejercicio. Estas prácticas tienen como común denominador reducir los dolores artrósicos, mejorar la movilidad y aumentar la fuerza muscular. El dolor puede remitir mediante ejercicios y administración de calor; ayudan de un modo sencillo y eficaz a mejorar la capacidad funcional permitiendo así una mejor realización de las actividades consuetudinarias. Obviamente, estos ejercicios deben ser realizados bajo la supervisión y control de un fisioterapeuta, previa recomendación del especialista.

6

MEDICACIÓN PRESCRITA

La presencia de los fármacos es imprescindible en determinados momentos para combatir la inflamación y los dolores producidos por la artrosis. Queda totalmente desautorizada la automedicación así como el hecho de aumentar las dosis prescritas por el médico. Debe ser éste quien recete la medicación conveniente, las dosis y el tiempo durante el cual debe tomarse el fármaco.

7

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CUANDO LO ACONSEJEN

Cuando la función de las articulaciones ha sido gravemente dañada, cuando el dolor no se atenúa pese a los tratamientos farmacológicos prescritos y cuando el especialista aconseja operar, el paciente debe acceder al quirófano convencido de que allí encontrará la única solución válida al problema que le plantea su artrosis. No obstante, será el propio médico quien le imponga de las posibilidades de éxito y los riesgos que pueden derivarse de la intervención, caso de que los hubiere. El enfermo debe depositar una total confianza en el cirujano, ya que ambos, es obvio, pretenden idéntica finalidad: mejorar una situación que, por momentos, se hace insostenible.

8

EJERCICIO FÍSICO

Ya hemos hablado anteriormente de los beneficios que puede reportarle al artrósico un ejercicio físico bien administrado y controlado. Por otra parte, artrosis al margen, practicar ejercicio físico durante toda la vida es una sana metodología que garantiza un envejecimiento (inevitable a todas luces) con garantías y buena calidad de vida; nunca es tarde para empezar, y además, es seguro que existe un ejercicio adecuado para cada persona, se encuentre esta en la situación que se encuentre (salvo casos de inmovilidad total o parecidos). El ejercicio físico tiene efectos benefactores a todos los niveles: retrasa el envejecimiento de los músculos, mejora la circulación sanguínea, aumenta la capacidad respiratoria, ayuda a mantener el peso idóneo, elimina la tensión nerviosa y emocional, e incrementa también la ilusión y la alegría de vivir. Haga cada día ejercicio, movilice todas las articulaciones sin causarse daño o dolor. Tenga presente que cualquier articulación que llega hasta el final de su recorrido una sola vez al día, no perderá su función, no se quedará rígida. El fisioterapeuta le orientará acerca de los movimientos que debe realizar con la articulación dañada, cómo debe levantarse, cómo utilizar el bastón si lo necesita, etc.

9

PÓNGALE BUENA CARA A LA ARTROSIS

Asuma su condición de artrósico sin aspavientos porque, lo quiera o no, la artrosis está ahí; está con usted. Si aprende

a estudiarla, de la misma forma que en su época de estudiante aprendió las asignaturas correspondientes, le será mucho más fácil conocerla, reconocerla y controlarla. La artrosis, aunque dolorosa en ocasiones, no es una enfermedad grave y siempre hay opciones de reducir y aliviar el deterioro que pueda causar en nosotros. Además, no se encuentra solo a la hora de luchar contra ella; a su lado están los médicos, especialistas, fisioterapeutas, cirujanos... Y lo que es más importante, su familia. Todos colaborarán, pero piense que el principal protagonista de la «película» es usted.

10

SEPA CONVIVIR CON LA ARTROSIS

Todas las facetas y factores que intervienen en nuestra existencia (por negativos que sean) tienen UN ALGO DE POSITIVO. Y la artrosis no es precisamente la excepción que confirma la regla. Piense (aunque digan por ahí «Que mal de muchos, consuelo de tontos») que un 60% de la población es artrósica y que, en consecuencia, lo que le ocurre a usted ni es tan anormal, ni tan grave, ni tampoco es usted una víctima de circunstancias adversas únicas. Sea positivo en todo momento y esfuércese en vivir con «ella» de la misma forma que se esfuerza para mantener buenas relaciones con todos aquellos que le rodean; mantenga también buenas relaciones con su artrosis. Busque en ella los estímulos necesarios para hacerle frente con dignidad y valentía. Lucha constante sin desfallecer, ejercicio físico, atención a los consejos médicos, establecer el siguiente punto de conquista cada vez que haya conquistado uno... ¡Ah, y sonría, por favor! De artrosis no se muere nadie.

Entrevista con Don ANTONIO DALFÓ BAQUÉ Doctor en Medicina

Si bien las explicaciones que se vierten a lo largo y ancho del presente volumen proceden de fuentes documentales médico-científicas rigurosas, hemos considerado de interés para nuestros lectores añadir a estas páginas las opiniones de un experto en la materia sobre la que estamos tratando.

Antonio Dalfó Baqué, 38 años, es doctor en medicina y cirugía por la Universidad Central de Barcelona (España), Tutor del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria en esa misma ciudad y autor de diferentes trabajos originales y ponencias en distintas revistas y congresos médicos. Se trata de un auténtico estudioso de la profesión, hombre inquieto y siempre atento a las últimas novedades que se producen en su especialidad y en la medicina en general y, además, persona afable y comunicativa —da la sensación de no tener nunca un NO por respuesta, al menos profesionalmente hablando—, que no ha dudado ni un solo instante en ponerse a nuestra disposición. Por otra parte, tampoco es esta la primera vez que lo entrevistamos, ya que hace tiempo le tuvimos entre nosotros con motivo de un cuaderno en el que glosábamos sobre la Hipertensión Arterial.

Nos recibe en su propia consulta (que se ubica en el edificio que el Instituto Catalán de la Salud tiene en el barrio de las Reales Atarazanas de Barcelona), y no tardamos ni un segundo en abrir el «fuego», diciéndole:

—Debo confesarle, doctor, que la medicina me ha apasio-

nado desde siempre, hasta el extremo de que me considero una médico frustrada..., como otros muchos y muchas, supongo. Pero además, con la medicina, como dice la juventud actual, ALUCINO. ¿Por qué?, se preguntará usted; pues porque me hace caminar de sorpresa en sorpresa. Es la vertiente profesional que más novedades incorpora, de continuo, a su cotidiano devenir. A la vuelta de cada esquina de esta fascinante ciencia, surge a cada minuto una sorpresa. Y como no quiero seguir divagando y sí quiero que mis palabras resulten intelegibles para usted y para todos, me explicaré de una manera concreta y concisa: hace treinta años, aproximadamente, nuestros abuelos, hablaban sólo de REUMA. Pero mire por donde, la medicina incorpora de pronto a su ya extenso diccionario, por citar alguno, dos nuevos términos: ARTROSIS y ARTRITIS. Y de la noche a la mañana resulta que entre un 45 y 60% de la población es artrósica, artrítica, o ambas cosas a la vez. Y yo me pregunto, y le pregunto, ¿cómo es posible que de buenas a primeras aparezcan dos «nuevas» enfermedades y la mitad del orbe las suscriba? ¿Es que antes no habían artrósicos ni artríticos, es que antes sólo había reumáticos, es que la medicina no se aclara, o qué es lo que en realidad está ocurriendo? ¿Por qué no me hace un comentario a esta amplia y complicada introducción, que no es más que el real reflejo del pensamiento de muchos?

Dalfó me sonríe e incluso tengo la sensación de que me recrimina cariñosamente que me haya extendido tanto en el prólogo; quizá piensa que he intentado confundirle pero esa no es la realidad. Además, para confundir a este sagaz médico se necesitan muchas «tablas» y yo no creo tener las suficientes. Mi idea ha sido, únicamente, como le he dicho al final, reflejar la opinión de un sinnúmero de personas.

Tras la sonrisa, responde con voz pausada:

—*Antes existía la etiqueta de enfermo reumático y eso era una especie de cajón de sastre en el cual incluíamos a los artrósicos y artríticos. En cambio, ahora, se tiende más a diferenciar entre reuma, artrosis y artritis.*

Las palabras del doctor me dan pie a entrar al «trapo», expresándome en los siguientes términos:

—Entonces, ¿por qué la medicina no es sincera desde el principio y etiqueta las enfermedades conforme corresponde? Usted acaba de decirme que ya antes, los médicos sabían lo que era la artrosis y la artritis... ¿Por qué meterlas pues en ese cajón de sastre del reuma?

—*Usted ha venido en plan bélico* —vuelve a sonreírme. Y tras la broma, prosigue—: *Yo supongo que antaño existían dificultades para diferenciar lo que eran procesos artrósicos de determinados procesos artríticos. Por otro lado, la población vivía menos tiempo, y al tener más breve esperanza de vida, una enfermedad degenerativa como lo es la artrosis, se presentaba con menor frecuencia; no en cambio la artritis.*

—Pero tampoco se hablaba de artritis...

—*Cierto* —admite nuestro jovial interlocutor. Y añade—: *Debemos tener en cuenta que no existían las técnicas actuales de diagnóstico (radiografías, gamagrafías, ecografías, análisis...) No se podía diferenciar un proceso artrósico de otro artrítico, con lo cual tenía cierto sentido el utilizar un término genérico como es el reuma. Pero, ¿qué ocurre actualmente? Existen más enfermedades reumáticas en función de la superior longevidad del ser humano. Como consecuencia, un proceso como es el de la artrosis, que consiste en un desgaste de los huesos, una enfermedad degenerativa de las articulaciones, se presenta con mucha mayor frecuencia (la artritis sigue manteniendo parecidos índices a los de antes), y puede diagnosticarse con concreción al disponer de medios técnicos más sofisticados.*

Hacemos una breve pausa. No le pregunto si puedo fumar (aunque me estoy muriendo de ganas), porque el sentido común me indica que en los centros sanitarios tan nociva práctica está prohibidísima. Sustituyo el síndrome de abstinencia por un nuevo interrogante:

—Doctor Dalfó, para no confundir a nuestros lectores y para no confundirme yo misma, creo que lo mejor es que vayamos por partes y nos diga, como profesional autorizado

que es, como se definen, por este orden: REUMA - ARTROSIS - ARTRITIS.

La respuesta de nuestro contertulio no se hace esperar, produciéndose de esta manera:

—*Hoy en día el término REUMA no tiene cabida; sería como hablar de apendicitis crónica. Es una nomenclatura utilizada por la población para catalogar todas aquellas enfermedades, todos aquellos procesos que afectan a los huesos, las articulaciones, ya sean inflamativos o degenerativos. A nivel médico no tiene cabida. Nosotros tan sólo hablamos de fiebre reumática, en gente que tiene anginas y puede desarrollar la susodicha fiebre reumática* —se toma un pequeño respiro, antes de proseguir, diciendo—: *En cuanto a la ARTROSIS se trata de una enfermedad en la que existe una degeneración de las articulaciones, debido principalmente a la edad; esta es la denominada artrosis primaria. También existen las secundarias, que son las debidas a traumatismos, fracturas... En estos casos las articulaciones afectadas no encajan como antes y producen dolor. Este tipo de artrosis puede aparecer en edades más tempranas. Y por lo que se refiere a la ARTRITIS, es el proceso inflamatorio de una articulación, ya sea por una enfermedad infecciosa (a causa de un microbio), o debido a causas no infecciosas y que no necesariamente están relacionadas con la edad. Lamentablemente encontramos artritis a edades muy tempranas.*

Ahora soy yo la que se toma un respiro tratando de asimilar las explicaciones de nuestro experto. Luego, echo mano del cuestionario que traía preparado al efecto, y digo:

—Vamos a centrarnos en la ARTROSIS que será en adelante el «leit motiv» de nuestra conversación. ¿Cuáles son las causas más frecuentes que desembocan en ella y cuál es la sintomatología más común?

—*La causa primordial es la evolución fisiológica de la persona, es decir, la edad, que provoca el desgaste articular. A mayor longevidad mayor es el riesgo de padecer artrosis... Y diré más, es una enfermedad de países «incivilizados», con dietas erróneas, con mayor ingesta calórica, con mayor sobrepeso (pues es sabido que en la artrosis influye notoria y notablemente el exceso de peso), con mayor número de buenos «gourmets»...* —se concede asimismo un breve respiro y prosigue—: *Pero, ¿cuál es la sintomatología que nos da? Fundamentalmente: DOLOR. Un dolor típico, un dolor que según decimos nosotros, es mecánico; o sea, cuando uno va a sentarse o levantarse, siente dolor. Y cuando hace varios movimientos, entrando en calor, lo siente menos. También puede dar limitación de movilidad, al tratarse de una articulación que no cumple su cometido porque su actividad motriz ha decrecido. Da asimismo, en algunos casos, tumefacción, deformidad de esa articulación..., como por ejemplo en los nódulos, dedos, manos, etc.*

Ahora voy a buscar la verdad de perogrullo porque más o menos intuyo cual será la réplica del doctor a mi nueva pregunta; ésta:

—Algo que es muy importante, aunque pienso que muchos ya conocemos la respuesta, ¿se cura la artrosis (ya hemos oído que no), o lo más recomendable es aprender a convivir con ella; cuando se la tiene, claro?

—*El paciente que está mejor* —nos dice Dalfó— *es el que aprende a convivir con su artrosis. Aquella persona que, por así decirlo, asume que tendrá que estar el resto de sus días con algo que es fisiológico, con un «desgaste» de los huesos, con una degeneración articular y que tendrá que procurar ser hábil en la convivencia con su enfermedad porque mayores serán las posibilidades, en este caso, de sufrir menos por causa de la artrosis. Por tanto, si este paciente tiene molestias, deberá hacer lo posible por reducirlas. Controlando su peso, tomando los fármacos que se le prescriban, acudiendo a centros de rehabilitación... Hay que aprender a convivir con los problemas fisiológicos igual que se hace cuando son otras las facultades que se merman*.

—¿Se da cuenta el propio paciente de que padece esa enfermedad, o es el médico quien llega a establecer el diagnóstico partiendo de los síntomas que aquél le plantea?

—*Influyen dos cosas* —responde el doctor—: *la edad y el*

que se haya asumido la artrosis como algo propio. Si viene una persona joven a la consulta y afirma que tiene un dolor localizado, puede ser que tras unas pruebas se le diagnostique artrosis. En cambio, un sujeto de mayor edad, ya te viene diciendo que le duele tal o cual articulación y acto seguido, añade: «Se trata de la dichosa artrosis, ¿verdad?».

—Es decir, que la artrosis la autodiagnostican más rápido, los mayores que los jóvenes, ¿cierto?

—*Exactamente* —corrobora Dalfó.

Me dispongo a entrar en un apartado de la cuestión que, a mi entender, es puntualmente interesante. Y digo:

—Se ha mencionado a lo largo de esta entrevista que existen varias clases de artrosis, pero... ¿Puede decirse que la cervical es la más extendida?

Antonio Dalfó nos obsequia con una de sus peculiares sonrisas, antes de matizar:

—*No me atrevería a afirmarlo categóricamente. En mi opinión la lumbar y la de rodillas son las más extendidas, debido a que son zonas que soportan mayor cantidad de peso. Lo que no se puede negar es que son muchas las personas que padecen dolores cervicales ya que, si bien se trata de una articulación alta, lo cierto es que tiene gran movilidad, mucho movimiento (flexión, rotación), y que además es una articulación que se desgasta demasiado y no tiene punto de apoyo o de descanso. Por ejemplo, al sentarnos adecuadamente es una silla o butaca, damos reposo a la zona lumbar, piernas y rodillas, pero no existen reposos cervicales, a excepción, en teoría, de las almohadas.*

»*Las cervicales* —prosigue don Antonio Dalfó— *se encuentran en una zona de excesiva movilidad, de mucho trabajo, sobre todo en personas como escritores, mecanógrafos, sastres y modistas, e incluso aquellos que en su propia casa pasan muchas horas delante del ordenador. Es una zona de la columna que sufre intensamente y por ello la gente se resiente de dolores cervicales; pero de eso a decir que la artrosis cervical es la más extendida, media un abismo de diferencia. Pienso que no es así. En mi opinión, la de columna, la lumbar, y la de rodillas, son las más comunes .*

Lo de la artrosis cervical «me chifla», quizá porque conozco un montón de gente que la padece. De ahí mi insistencia en el tema.

—Se dice que la cervicoartrosis es la que produce la gama más variopinta de sensaciones y percepciones, que si bien se trata de molestias no muy dolorosas, quizá, si tienen una gama más amplia: vértigos, sensación de inseguridad, incluso a veces al mover las pupilas con rapidez dentro de las órbitas parece que el mundo gira vertiginosamente... ¿Qué hay de cierto en ello?

—*Lo único cierto* —puntualiza con autoridad el doctor— *es que existen una serie de molestias típicas de la artrosis, como son el dolor y la falta de movilidad de las articulaciones. Cualquier otro síntoma o percepción que se salga de este marco deberá ser investigado para saber, exactamente, si existe alguna otra causa que pueda producirlo y no achacarlo directamente a la artrosis. Hay especialistas (otorrinos y neurólogos, entre otros) que no aceptan que la artrosis cervical provoque vértigos o/y mareos..., porque los hay que sufren estos mismos síntomas sin tener artrosis. Debo insistir en el hecho de que es preciso investigar si existen otras causas físicas productoras de esas percepciones antes de asociarlas, sin más, a la artrosis cervical.*

Sin salirnos del tema creo llegado el momento, empleando vocabulario taurino, de cambiar de tercio. Y pregunto:

—¿Qué tratamientos generales suelen seguirse para reducir, que no combatir, la artrosis? ¿Son más aconsejables los fármacos, las terapias de recuperación física, o ambas cosas a la vez? ¿O se actúa de acuerdo con cada caso?

—*Siempre se tiende a individualizar. Dependerá de la voluntad de la persona, de la edad, de sus condiciones físicas... Y siempre procurando que sean tratamientos lo más naturales posible. El problema con buena parte de la medicación antirreumática, antiinflamatoria, es que cuanta más actividad demuestra contra la artrosis, más afecta al estómago provocando úlceras, hemorragias, o bien se trata de hepatotóxicos... Es decir, que pueden causar efectos negativos sobre el aparato di-*

gestivo en general. Por todas estas razones es aconsejable no abusar de ese tipo de fármacos. Pero también es verdad que hoy en día, cuando no hay más remedio que hacer un tratamiento severo, intenso, no tanto en la artrosis como en la artritis, tenemos un arsenal terapéutico de medicamentos con número importante de fármacos que no lesionan el estómago.

—No obstante, en los casos de artrosis, ustedes se inclinan más por tratamientos de rehabilitación física, ¿no?

Asiente nuestro interlocutor con un rotundo y afirmativo cabezazo, al tiempo que añade:

—*Como se trata de una enfermedad frecuente, de entrada nos resistimos a las prescripciones drásticas con antiinflamatorios, mirando de tratar al paciente con medidas no farmacológicas (reducción de peso cuando hay exceso, para evitar que la articulación sufra más de lo necesario), rehabilitación, etc.*

—¿Existen dietas específicas para la artrosis?

—*Bueno...* —Dalfó se mantiene dubitativo unos instantes—, *en principio, si no se aprecia ningún tipo de carencia, una ingesta alimenticia equilibrada es lo ideal. Pero no, no existen dietas específicas.*

Hemos observado que a lo largo del diálogo el doctor Dalfó ha hecho hincapié repetidamente en un tema que, a buen seguro, considera fundamental. Y se lo decimos:

—Usted le está dando, desde hace mucho rato, una importancia capital a la palabra: PESO. Y la saca a colación muy a menudo, ¿por qué?

—*Las rodillas, caderas* —nos dice—, y *en general la parte baja de la columna, pueden resultar gravemente afectadas cuanto mayor es el peso. Y mi consejo para las personas que quieren controlarlo es que, más que seguir una dieta estricta, que con toda probabilidad abandonarán por aburrimiento, es que deben pensar en detalles: reducir el consumo de pan, pastas, salsas... Bajar dos paradas antes del autobús o del metro y andar el resto del trayecto hasta su domicilio o destino... Son pequeñas «trampas» que ayudan. Pequeños detalles que practicados con continuidad pueden ser, a la larga, muy positivos.*

Estamos entrando en la recta final de la entrevista porque

tiempo y espacio empiezan a imponer su severa disciplina. Pero antes de terminar quiero permitirme alguna licencia; por ejemplo:

—¿Qué consejos les daría a los artrósicos?

—*Primero y principal que asuman la enfermedad. Luego que pongan los medios adecuados de cara a que el proceso artrósico no evolucione más rápidamente de lo necesario. Y por último, seguir al pie de la letra el tratamiento que el facultativo aconseje (gimnasia, fisioterapia...), en el intento de normalizar al máximo la movilidad de la articulación afectada, hecho este que puede acompañarse con un analgésico suave, de tono menor, lo menos tóxico posible.*

Hemos llegado al final.

Sólo nos resta agradecerle a don Antonio Dalfó la deferencia demostrada al atendernos, dedicándonos buena parte de su tiempo, al margen de la importancia que consideramos se desprende de sus respuestas, opiniones y consejos.

RECETARIO

PAUTAS ALIMENTARIAS QUE CONVIENEN A LOS ARTRÓSICOS

El exceso de peso es altamente nocivo para aquellas personas que padecen de artrosis, y la obesidad puede degenerar en consecuencias gravemente peligrosas. Los lectores habrán podido darse cuenta de que en la entrevista mantenida con el doctor Dalfó, éste hacía hincapié varias veces en lo importante que es para los artrósicos mantenerse en un peso adecuado, controlarlo y hacer lo posible por no exceder del mismo.

Por tal razón en el apartado final de este volumen aportaremos una serie de pautas alimenticias (amén de insertar unos cuadros con los pesos ideales, de acuerdo con la estatura, en hombres, mujeres y niños, así como unas tablas calóricas de alimentos que pueden tener gran importancia orientativa), con su correspondiente recetario, para que todos aquellos artrósicos que tengan problemas con su peso busquen entre las que ofrecemos la dieta adecuada que les permita regresar a unos parámetros de **MEDIDA-PESO**, normales, o lo más aproximados posibles a la normalidad.

Una vez conseguido el peso ideal podrá cada uno ser un poco más tolerante con la ingesta alimenticia, pero sin descuidar en ningún momento pasar por la báscula, periódicamente, para ejercer un control riguroso sobre el peso. Lo ideal será que, en cada caso, el afectado encuentre la dieta idónea que, sin grandes sacrificios le permita mantenerse en el peso que le corresponde.

PESOS MEDIO Y PESO IDEAL EN LOS HOMBRES

	Peso medio (desnudo)						Peso ideal (25 años o más)		
	Años						Esqueleto		
Talla	20 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	Ligero	Medio	Pesado
158	57,9	60,6	61,9	63,8	63,8	62,4	50,2-53,8	52,9-58,3	55,5-63,3
160	58,6	61,1	62,7	64,0	64,5	63,1	50,7-54,3	53,4-58,9	57,0-64,0
161	59,3	61,7	63,4	64,7	65,2	63,8	51,2-54,9	53,9-59,4	57,6-64,7
162	59,9	62,2	64,1	65,5	65,9	64,2	51,8-55,4	54,5-59,9	58,1-65,5
163	60,5	62,8	64,8	66,2	66,6	65,3	52,3-55,9	55,0-60,5	58,7-66,2
164	61,0	63,3	65,5	66,9	67,4	66,0	52,9-56,5	55,6-61,0	59,2-66,9
165	61,5	64,0	66,2	67,6	68,0	66,7	53,4-57,2	56,1-61,7	59,7-67,6
166	62,1	64,7	66,9	68,3	68,8	67,4	53,9-57,9	56,6-62,4	60,3-68,3
167	62,6	65,3	67,7	69,1	69,5	68,2	54,5-58,6	57,2-63,1	60,9-69,1
168	63,1	65,9	68,4	70,0	70,4	69,1	55,2-59,3	57,9-63,8	61,6-70,0
169	63,7	66,4	69,1	70,9	71,3	70,0	55,9-60,0	58,7-64,6	62,3-70,9
170	64,4	67,1	69,8	71,6	72,1	70,7	56,6-60,7	59,4-65,4	63,1-71,8
171	65,1	67,8	70,5	72,3	72,8	71,4	57,4-61,4	60,1-66,3	64,0-72,7
172	65,8	68,5	71,2	73,0	73,5	72,2	58,1-62,2	60,8-67,1	64,9-73,5
173	66,5	69,2	71,9	73,8	74,2	73,1	58,5-62,9	61,5-67,9	65,6-74,2
174	67,2	69,9	72,7	74,5	74,9	74,0	59,5-63,6	62,2-68,6	66,3-74,9
175	67,9	70,6	73,5	75,3	75,8	74,9	60,2-64,4	62,9-69,3	67,0-75,6
176	68,6	71,4	74,4	76,2	76,7	75,8	60,9-65,3	63,7-70,0	67,7-76,4
177	69,4	72,1	75,3	77,1	77,6	76,7	61,6-66,2	64,4-70,8	68,4-77,1
178	70,1	72,8	76,0	77,8	78,5	77,5	62,4-66,9	65,1-71,6	69,2-78,9
179	79,8	73,5	76,7	78,5	79,3	78,4	63,1-67,6	65,8-72,5	69,9-78,9
180	71,6	74,3	77,5	79,3	80,2	79,3	63,8-68,3	66,5-73,4	70,7-79,8
181	72,5	75,2	78,4	80,2	81,1	80,2	64,5-69,0	67,2-74,3	71,6-80,7
182	73,4	76,1	79,3	81,1	82,0	81,1	65,2-69,8	67,9-75,2	72,5-81,6
183	74,1	77,0	80,0	81,8	82,7	82,0	65,9-70,5	68,7-76,1	73,2-82,5
184	74,8	77,9	80,7	82,5	83,4	82,9	66,6-71,2	69,4-77,0	73,9-83,4
185	75,5	78,8	81,5	83,3	84,2	83,8	67,4-72,0	70,1-77,9	74,7-84,2
186	76,2	79,7	82,4	84,2	85,1	84,7	68,1-72,9	70,8-78,8	75,6-85,1
187	77,0	80,6	83,3	85,1	86,0	85,6	68,8-73,8	71,5-79,7	76,5-86,0
188	77,7	81,5	84,0	85,8	86,8	86,5	69,5-74,6	72,2-80,6	77,4-86,9
189	78,5	82,3	84,7	86,7	8[illegible],6	87,3	70,1-74,4	73,0-81,4	78,1-87,7
190	79,3	83,0	85,5	87,5	88,5	88,0	70,8-75,1	73,7-82,3	78,8-88,5

PESOS MEDIO Y PESO IDEAL EN LAS MUJERES

	Peso medio (desnudo)						Peso ideal (25 años o más)		
	Años						Esqueleto		
Talla	20 a 24	25 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	Ligero	Medio	Pesado
148	45,7	48,0	51,1	54,3	55,7	56,6			
150	46,2	48,5	51,7	54,9	56,2	56,9	40,7-43,9	42,5-4[illegible],0	46,2-53,4
151	46,8	49,0	52,2	55,4	56,8	57,3	41,0-43,9	43,1-48,5	46,7-53,9
152	47,4	49,6	52,8	55,9	57,3	57,8	41,4-45,0	43,6-49,0	47,2-54,5
153	48,1	50,1	53,3	56,5	57,8	68,3	41,9-45,5	44,1-49,6	47,8-55,0
154	48,8	50,6	53,8	57,0	58,4	58,8	42,4-46,0	44,7-50,1	48,3-55,6
155	49,3	51,2	54,3	57,5	58,9	59,3	42,9-46,6	45,2-50,6	48,8-56,1
156	49,9	51,7	54,9	58,0	59,4	59,9	43,4-47,1	45,7-51,2	49,3-56,6
157	50,4	52,3	55,4	58,6	60,1	60,5	44,0-47,1	46,2-51,7	49,9-57,1
158	51,0	52,8	56,0	59,1	60,8	61,2	44,5-48,2	46,8-52,3	50,4-57,7
159	51,5	53,3	56,5	59,7	61,5	61,9	45,1-48,7	47,3-52,8	51,0-58,2
							45,6-49,2	47,9-53,3	51,5-58,8
160	52,0	53,9	57,0	60,4	62,2	62,7	46,2-49,8	48,4-54,0	52,0-59,5
161	52,6	54,5	57,6	61,1	62,9	63,4	46,7-50,3	49,0-54,8	52,6-60,2
162	53,2	55,0	58,1	61,8	63,7	64,1	47,2-50,9	49,5-55,5	53,2-60,9
163	53,9	55,7	58,7	62,3	64,4	64,8	47,8-51,4	50,0-56,2	53,9-61,7
164	54,6	56,5	59,2	62,8	65,1	65,5	48,3-51,9	50,6-56,9	54,7-62,4
165	55,3	57,2	59,9	63,5	65,8	66,2	48,8-52,6	51,3-57,[illegible]	55,3-63,1
166	56,1	57,9	60,6	64,2	66,5	66,9	49,4-53,3	52,0-58,[illegible]	56,1-63,8
167	56,7	58,5	61,2	64,9	67,2	67,7	50,0-54,0	52,1-59,[illegible]	56,8-64,5
168	57,2	59,1	61,8	65,6	67,9	68,4	50,7-54,8	53,4-60,[illegible]	57,5-65,2
169	57,8	59,6	62,3	66,4	68,6	69,1	51,4-55,5	54,1-60,[illegible]	58,2-65,9
170	58,5	60,3	63,0	67,1	69,3	69,8	52,1-56,2	54,8-61,[illegible]	58,9-66,6
171	59,2	61,0	63,7	67,8	70,1	70,5	52,8-56,9	55,5-62,[illegible]	59,6-67,3
172	59,9	61,7	64,4	68,5	70,8	71,2	53,5-57,6	56,3-63,[illegible]	60,3-68,1
173	60,6	62,4	65,1	69,2	71,5	71,9	54,3-58,3	57,0-63,[illegible]	61,1-68,8
174	61,3	63,1	65,9	69,9	72,2	72,7	55,0-59,0	57,7-64,[illegible]	61,8-69,5
175	62,0	63,8	66,6	70,8	73,1	73,4	55,7-59,9	58,4-65,[illegible]	62,5-70,3
176	62,7	64,6	67,3	71,7	73,9	74,1	56,4-60,8	59,1-65,[illegible]	63,2-71,2
177	63,5	65,3	68,0	72,6	74,8	74,8	57,1-61,6	59,8-66,[illegible]	63,9-72,1

CUADRO DE TALLAS Y PESOS IDEALES DE LAS NIÑAS

Edad	Talla	Peso
1 año	73,7	9,1
1 1/2	79,7	10,5
2	84,9	11,7
2 1/2	89	12,6
3	93,2	13,5
3 1/2	97	14,5
4	100,5	15,4
4 1/2	103,8	16,4
5	107,3	17,2
5 1/2	110,3	18,3
6	113	19
6 1/2	116	20
7	119	21,4
7 1/2	121,6	22,5
8	124,3	23,6
8 1/2	126,8	24,8
9	129,3	26
9 1/2	131,8	27,5
10	134,6	28,8
10 1/2	137,4	30,5
11	140,5	32,8
11 1/2	143,5	34,6
12	146,5	36,6
12 1/2	149	38,6
13	151,5	40,8
13 1/2	153,9	43,2
14	156	46
14 1/2	157,3	47,3
15	158,8	48,8
15 1/2	159,6	50,3
16	160,5	50,3
16 1/2	161,2	51,8
17	161,8	51,8
17 1/2	162,2	53,3
18	162,5	53,3
18 1/2	162,5	53,3
19	162,5	53,3
19 1/2	162,5	53,3
20	162,5	53,3

CUADRO DE TALLAS Y PESOS IDEALES DE LOS NIÑOS

Edad	Talla	Peso
1 año	75	9,7
1 1/2	81	11,3
2	86	12,3
2 1/2	91	13,2
3	95	14,5
3 1/2	98,5	15,4
4	102,2	16,1
4 1/2	105,5	17
5	108,4	17,8
5 1/2	111,5	19
6	114,4	19,9
6 1/2	117,3	20,8
7	120	21,8
7 1/2	122,4	23
8	124,7	24
8 1/2	127,6	25,2
9	129,7	26,4
9 1/2	132,9	27,8
10	135	29,4
10 1/2	137,5	31
11	140,1	32,6
11 1/2	142,5	34
12	144,9	35,7
12 1/2	147,2	37,2
13	149,7	39
13 1/2	151,8	40,6
14	154,1	41,8
14 1/2	156,5	43,7
15	158,4	46
15 1/2	160,4	47,3
16	162,3	49,4
16 1/2	164,3	50,9
17	166	53,5
17 1/2	167,8	54,9
18	169	56,5
18 1/2	170,3	58
19	171,3	59,5
19 1/2	171,8	61,1
20	172,5	61,1

TABLA CALÓRICA DE ALIMENTOS

(Calorías que contienen 100 g de diversos alimentos, parte comestible y en crudo)

ALIMENTO	CALORÍAS	ALIMENTO	CALORÍAS
Alimentos feculentos		Donut	450
Arroz blanco	350	Galleta	440
Arroz integral	350	Magdalena	470
Biscotes	360	Mermelada	275
Guisantes congelados	85	Miel	300
Harina (de trigo, maíz)	350	Repostería	390
Legumbres secas	340	Tarta de manzana	425
Pan blanco	260		
Pan integral	260	*Frutas*	
Patatas fritas	500	Aguacate	200
Patatas hervidas	88	Albaricoque	45
Sémola (trigo, arroz)	375	Cereza	75
Tapioca	340	Ciruela	65
		Coco	600
Dulces y pasteles		Frambuesa, fresa	40
Azúcar	380	Higo	80
Chocolate	535	Mandarina	40
Cruasán	450		

TABLA CALÓRICA DE ALIMENTOS

(Calorías que contienen 100 g de diversos alimentos, parte comestible y en crudo)

ALIMENTO	CALORÍAS	ALIMENTO	CALORÍAS
Codorniz	115	*Pescados y mariscos*	
Conejo	160	Anchoas	175
Cordero (costillas)	225	Arenque seco	125
Cordero (pierna)	225	Atún	225
Frankfurt	315	Bacalao fresco	85
Hígado (ternera, cerdo)	130	Besugo	120
Jamón país	330-400	Calamar, sepia	80
Jamón York	250-300	Gallo	70
Mortadela	260	Gamba	100
Pavo	225	Lenguado	70
Pollo	125	Mejillón	70
Riñón de ternera	90	Merluza	80
Salchichón	300	Mero	120
Ternera (filete)	300	Rape	80
Ternera (lengua)	200	Salmón	115
Tripa	100	Salmón ahumado	170
		Salmonete	100
		Sardina (lata)	200

TABLA CALÓRICA DE ALIMENTOS

(Calorías que contienen 100 g de diversos alimentos, parte comestible y en crudo)

ALIMENTO	CALORÍAS	ALIMENTO	CALORÍAS
Manzana	50	Nuez	600
Melocotón	50	Uva pasa	325
Melón	30		
Naranja	45	*Verduras y hortalizas*	
Níspero	100	Acelga	30
Pera	60	Alcachofa	65
Piña	50	Apio	20
Plátano	90	Berenjena	30
Pomelo	30	Calabacín	30
Sandía	30	Cardo	20
Uva	80	Cebolla	45
		Champiñón	30
Frutos secos		Col, coliflor	30
Almendra	600	Col de Bruselas	55
Avellana	600	Endibia	20
Cacahuete	575	Escarola	35
Castaña	200	Espárrago	30
Higo seco	275	Espinaca	30

TABLA CALÓRICA DE ALIMENTOS

(Calorías que contienen 100 g de diversos alimentos, parte comestible y en crudo)

ALIMENTO	CALORÍAS	ALIMENTO	CALORÍAS
Grelo	12	Queso desnatado	70
Judía verde	40	Queso de bola	350
Lechuga	20	Queso de Burgos	175
Pepino	15	Queso Gruyère	380
Pimiento	25	Queso manchego semi	370
Puerro	40	Queso Roquefort	400
Rábano	20	Requesón	90
Tomate	20	Yogur desnatado	42
Zanahoria	44	Yogur de fruta	100
		Yogur natural	100
Productos lácteos			
Cuajada	90	*Carnes y embutidos*	
Leche descremada en polvo	375	Buey (sin grasa)	115
Leche de vaca			
(fresca o esteril	70	Butifarra cocida	400
Leche descremada	35	Butifarra cruda	325
Leche semidescremada	50	Caballo	110
Quesito «Petit suisse»	170	Cerdo (lomo, chuleta)	325
Quesito en porciones	275	Chorizo	475

TABLA CALÓRICA DE ALIMENTOS

(Calorías que contienen 100 g de diversos alimentos, parte comestible y en crudo)

ALIMENTO	CALORÍAS	ALIMENTO	CALORÍAS
Sardina fresca	75	Nata	300
Trucha	90		
		Bebidas	
Huevos (100 g.)		Anís	300
Clara	50	Café	menos de 5
Huevo entero	162	Cava seco	55
Yema	370	Cava semiseco	70
		Cerveza	50
Alimentos grasos		Coñac	245
Aceite de girasol	900	Ginebra	250
» de maíz	900	Jerez dulce	160
» de oliva	900	Ron	250
» de soja	900	Sidra	40
Aceitunas	900	Té	menos de 5
Manteca de cerdo	670	Vino de mesa	60
Mantequilla	740	Whisky	250
Margarina mixta	740		
Margarina vegetal	740		

DIETA DE 1.000 CALORÍAS RECOMENDADA POR EL DR. GIMENO SABAO

LUNES

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan	30 g
Mantequilla	5 g
Huevo duro	1
Almuerzo	
Ensalada (lechuga, rábanos, pepinos, aliñar con limón y sal)	150 g
Espinacas	200 g
Filete de ternera	100 g
Aceite	2 g
Fruta	1 pieza
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Zumo de naranja	100 cc
Jamón de York	50 g
Pan	30 g
Requesón	100 g

MARTES

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan tostado	30 g
Mantequilla	5 g
Queso manchego	30 g
Almuerzo	
Menestra de verduras:	
Judías verdes	100 g
Zanahorias	100 g
Espárragos	100 g
Pescado blanco	150 g
Aceite	2 g
Fruta	1 pieza
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Ensalada con tortilla	
Lechuga	100 g
Cebolla	50 g
Huevos	1
Salchichas de Francfort	50 g
Pan	30 g
Aceite	2 g
Fruta	1 pieza

MIERCOLES

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan tostado	30 g
Mantequilla	5 g
Queso manchego	30 g
Almuerzo	
Ensalada (escarola, cebolla, tomate, aliñar con limón y sal)	150 g
Coliflor	200 g
Hígado asado o bistec	150 g
Fruta	1 pieza
Aceite	2 g
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Hamburguesa	
Carne de vaca picada	100 g
Huevo	1
Lechuga	100 g
Pan	30 g
Zumo de naranja	100 cc

JUEVES

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan	30 g
Mantequilla	5 g
Requesón	50 g
Almuerzo	
Judías verdes con salsa de tomate	150 g
Filete de ternera	100 g
Patatas fritas	60 g
Fruta	1 pieza
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Ensalada (lechuga, rábanos, pepinos, aliñar con limón y sal)	150 g
Pescado blanco	150 g
Aceite	2 g
Pan	30 g
Fruta	1 pieza

VIERNES

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan tostado	30 g
Mantequilla	5 g
Requesón	50 g
Almuerzo	
Ensalada de tomate	
Lechuga	100 g
Tomate	100 g
Menestra de verduras judías, espárragos zanahorias	200 g
Pescado blanco	150 g
Patatas	60 g
Aceite	2 g
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Tortilla de champiñones	
Huevos	1
Champiñones	150 g
Espinacas	200 g
Aceite	2 g
Pan	30 g
Fruta	1 pieza

SABADO

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan	30 g
Mantequilla	5 g
Zumo de fruta	100 cc
Almuerzo	
Verdura	
Alcachofas	100 g
Guisantes	100 g
Chuletas de cordero asadas (pesadas sin hueso)	150 g
Fruta	1 pieza
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Acelgas	200 g
Calamares en su tinta	150 g
Pan	30 g
Fruta	1 pieza

DOMINGO

Desayuno	
Café	
Leche	125 cc
Pan	30 g
Mantequilla	5 g
Queso manchego	30 g
Almuerzo	
Ensalada	
Lechuga	100 g
Tomate	100 g
Pepino	100 g
Pollito al horno	un cuarto
Patatas fritas	50 g
Pan	30 g
Merienda	
Yoghourt	1
Cena	
Huevos revueltos con tomate	
Huevos	1
Tomate	150 g
Merluza (hervida, aliñar con limón y unas gotas de aceite)	150 g
Pan	30 g
Fruta	1 pieza

REFERENCIAS DE PESOS Y MEDIDAS

Patatas	
Una tamaño huevo de gallina	50-60 g
Pan	
una rebanada mediana	20-30 g
Mantequilla	
Una cucharadita rasa	5 g
Mermelada	
Una cucharadita rasa	5 g
Aceite	
Media cucharadita	2 g
Un vaso de agua	200 cc
Una taza	150-200 cc

ALIMENTOS PERMITIDOS

Productos lácteos	Leche, leche desgrasada, yoghourt, quesos poco grasos (hasta 30 %), requesón.
Huevos	Cocidos, revueltos o al plato (preparar con muy poco aceite).
Carnes	Carnes magras, por ejemplo, ternera, vaca, hígado, pollo, riñones, jamón (cortar la grasa), callos.
Pescados	Pescados no grasos: Bacalao, merluza, pescadilla, rape, mero, lenguado, gallos, lucio, trucha.
Patatas	Sólo en la cantidad indicada.
Pan	Sólo en la cantidad indicada.
Frutas	Todas, excepto las que «deben evitarse».
Verduras	Todas.
Bebidas	Café, té, zumos de frutas. La cantidad total de líquidos debe restringirse.

ALIMENTOS QUE DEBE EVITARSE

Productos lácteos	Leche concentrada, leche condensada, nata, quesos grasos, mantequilla (sólo podrán tomarse las cantidades indicadas).
Carnes	Todas las carnes grasas, saladas y ahumadas. Embutidos. Cerdo.
Pescados	Pescados ricos en grasa, pescados azules: sardinas, arenques, atún, anguilas, etc.
Alimentos ricos en carbohidratos	Azúcar, confituras, jaleas, chocolate, repostería, pastas de sopa, arroz, patatas (excepto en las cantidades permitidas), helados, jarabes, etc.
Frutas	Uva, plátanos, higos y dátiles secos, almendras, pasas, avellanas.
Bebidas	Bebidas alcohólicas: vino, cerveza, coñac, licores.
Condimentos	El azúcar y la sal deben restringirse. Vinagre.

DIETA PARA 14 DÍAS DE 1.300 CALORÍAS

PRIMER DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 70 g. de escalopa de ternera frita con 3 g. de aceite. 135 g. de pasta con 3 g. de mantequilla y 15 g. de camembert.
CENA: Ensalada de patatas (180 g.) con atún natural (35 g.) y 1 huevo duro en vinagreta (6 g. de aceite de girasol con vinagre y sal). 1 fruta cruda pequeña
85 g. de pan para las dos comidas.

SEGUNDO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 75 g. de pechuga de pollo al horno. 170 g. de arroz blanco cocido, con 3 g. de mantequilla ligera y 70 g. de queso blanco.
CENA: 1 ración de espárragos aderezados con 6 g. de aceite de girasol, vinagre y sal. 240 g. de pastel de carne picada con puré de patatas, con 15 g. de camembert. 85 g. de pan para las dos comidas.

TERCER DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 70 g. de bacalao fresco frito con 4 g. de aceite de girasol. 215 g. de patatas al vapor, con 4 g. de mantequilla ligera. 70 g. de flan de vainilla.
CENA: 120 g. de pasta con 35 g. de jamón dulce, aderezado con 15 g. de gruyere y 4 g. de mantequilla ligera. 70 g. de compota de manzana. 85 g. de pan para las dos comidas.

CUARTO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 60 g. de salteado de ternera. 215 g. de patatas al vapor y 25 g. de salsa blanca. 105 g. de manzana cruda.
CENA: 155 g. de pizza reina. 1 ración de ensalada verde, aderezada con 6 g. de aceite de girasol, vinagre y sal. 85 g. de pan para las dos comidas.

QUINTO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 70 g. de chuleta de cerdo frita. 170 g. de lentejas. 70 g. de flan de vainilla.
CENA: 1 ración de remolacha con 6 g. de aceite de girasol. 85 g. de tortilla de patatas. 70 g. de queso blanco. 85 g. de pan para las dos comidas.

SEXTO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: 1 ración de puerros en vinagreta con 6 g. de aceite de girasol. 70 g. de asado de buey. 215 g. de puré de patatas. 15 g. de queso camembert.
CENA: 85 g. de «quiche». 1 ración de ensalada verde con 6 g. de aceite de girasol, vinagre y sal. 85 g. de pan para las dos comidas.

SÉPTIMO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 1 ración de espárragos cocidos con 10 g. de mayonesa ligera. 60 g. de hígado de ternera frito con 4 g. de aceite de girasol. 1 ración de judías verdes con 215 g. de patatas al vapor aderezadas con 4 g. de mantequilla ligera.
CENA: 130 g. de zanahoria rallada con 45 g. de atún natural en vinagreta (4 g. de aceite de girasol, vinagre y sal). 170 g. pasta gratinada con 15 g. de gruyere. 85 g. de pan para las dos comidas.

OCTAVO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.
ALMUERZO: 70 g. de chuleta de cordero a la parrilla. 170 g. de fríjoles a la crema (con 8 g. de crema fresca). 15 g. de queso de cabra.
CENA: 345 g. de sopa de legumbres (zanahorias, patatas, nabos y puerros). 85 g. de tortilla cocida con 4 g. de aceite de girasol. 85 g. de tarta de manzana. 85 g. de pan para las dos comidas.

NOVENO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: 70 g. de asado de ternera (cocido con 4 g. de aceite de girasol, cebolla y tomate). 155 g. de patatas al vapor. 1 parte de judías verdes con 4 g. de mantequilla. 70 g. de compota de manzanas.

CENA: Ensalada con 130 g. de maíz gigante verde, con 25 g. de gruyere y 25 g. de jamón dulce (aderezado con 5 g. de aceite de girasol, vinagre y sal). 15 g. de queso camembert. 85 g. de pan para las dos comidas.

DÉCIMO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: 85 g. de pescado empanado (frito con 4 g. de aceite de girasol). 255 g. de patatas salteadas con 5 g. de aceite de girasol. 15 g. de queso camembert.

CENA: 1 ración de espárragos cocidos con 15 g. de mayonesa ligera. 145 g. de pasta con 25 g. de gruyere. 85 g. de pan para las dos comidas.

DECIMOPRIMER DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: Cocido (70 g. de carne, 170 g. de patatas, 85 g. de zanahorias, 70 g. de nabos y 1 ración de puerros). 70 g. de flan de vainilla.

CENA: 255 g. de caldo del cocido desengrasado. Ensalada de 85 g. de zanahorias ralladas con 45 g. de atún al natural aderezado con 6 g. de aceite de girasol. 70 g. de tarta de manzana. 85 g. de pan para las dos comidas.

DECIMOSEGUNDO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: Alcuzcuz de pollo (170 g. de sémola de alcuzcuz con 70 g. de pollo y 170 g. de legumbres del alcuzcuz). 1 manzana cruda pequeña.

CENA: 85 g. de tortilla. 130 g. de arroz blanco con 4 g. de mantequilla. 15 g. de camembert. 85 g. de pan para las dos comidas.

DECIMOTERCER DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: 70 g. de carne de buey braseada con 255 g. de zanahorias. 1 ración de ensalada verde aderezada con 5 g. de aceite de girasol, vinagre y sal.

CENA: 1 ración de espárragos cocidos con 8 g. de mayonesa ligera. 215 g. de pizza reina. 70 g. de flan de vainilla. 85 g. de pan para las dos comidas.

DECIMOCUARTO DÍA

DESAYUNO: 1 taza de café con 4 g. de azúcar. 45 g. de pan tostado con 4 g. de mantequilla ligera.

ALMUERZO: 70 g. de bacalao fresco frito con 3 g. de aceite de girasol. 130 g. de pasta con 3 g. de mantequilla ligera y 15 g. de queso camembert.

CENA: 45 g. de jamón dulce. 1 ración de coliflor cocida con 215 g. de patatas y 35 g. de salsa bechamel. 1 manzana cruda pequeña. 85 g. de pan para las dos comidas.

RECETAS DE MENOS DE 300 CALORÍAS

SOPAS

SOPA DE PUERROS Y PATATAS
(150 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 8 puerros tiernos, 2 patatas medianas con piel, 1 cucharada de margarina vegetal, 600 ml. de caldo de pollo, sal de cebolla, pimienta, 300 ml. de leche desnatada, 2 cucharadas de cebollino, 2 cucharadas de perejil.

Preparación: Cortar en trozos grandes los puerros y patatas. Colocarlos en una cacerola con la margarina y un par de cucharadas de caldo. Remover, tapar y dejar cocer durante unos 20 min. aproximadamente, para que el líquido tome sabor. De vez en cuando sacudir la cacerola. Agregar el resto del caldo y sazonar. Volver a tapar y continuar la cocción durante otros 10 min., o hasta que los vegetales estén tiernos.
Retirar del fuego, añadir la leche y puretear con la batidora eléctrica. Calentar suavemente. Corregir el sazonado y mezclar con el cebollino y el perejil antes de servir.

SOPA DE POLLO Y APIO (100 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 500 g. de tallo de apio, 1 patata mediana, 1 cebolla tierna grande, 200 g. de carne de pollo, 850 ml. de caldo de pollo, sal y pimienta, 300 ml. de leche

desnatada y 115 g. de pan integral cortado en rebanadas y tostado.

Preparación: Trocear los vegetales y el pollo. Poner en una cacerola con el caldo y salpimentar. Cocer suavemente hasta que todo esté tierno. Añadir la leche y puretear con la batidora. Calentarlo mucho y servirlo con tostadas cortadas en dados.

SOPA DE HORTALIZAS Y JUDÍAS BLANCAS
(220 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 2 cucharadas de aceite vegetal, 2 litros de caldo, 2 zanahorias medianas (troceadas menudo), 2 cebollas o puerros (troceados pequeño), 2 tallos de apio (troceados menudo), 400 g. de judías blancas remojadas, 6-8 cortezas de jamón o trozos de hueso, 4 cucharadas de tomillo fresco picado, sal y pimienta, 4 cucharadas de perejil picado.

Preparación: Calentar el aceite con un par de cucharadas de caldo y rehogar las zanahorias, los puerros y el apio a fuego suave durante 20 min., revolviendo de vez en cuando. Añadir las judías, las cortezas de tocino o el hueso de jamón, el resto del caldo y el tomillo. Hervir durante 2 1/2 horas, espumando la superficie o hasta que las judías estén tiernas. Sazonar a gusto y retirar las cortezas o huesos.
Se puede servir como caldo o un poco triturado.

SOPA DE LEGUMBRES (160 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 200 g. de judías verdes frescas o congeladas, cortadas, 200 g. de habas, 3 puerros medianos picados, 2 litros de caldo de carne o pollo, 1 cucharadas de puré de tomate, 200 g. de judías rojas cocidas, 200 g. de judías blancas, sal de ajo, pimienta, 125 g. de pasta integral, 1 ramo aromático y 2 cucharadas de perejil picado.

Preparación: Cocer durante 10 min. el caldo con las judías verdes, las habas y los puerros. Añadir el puré de tomate, las judías rojas, las blancas y el condimento. Hervir de nuevo. Echar la pasta y el ramo aromático y cocer a fuego suave durante 15 min. o hasta que la pasta esté tierna. Rectificar de sal antes de servir, retirar el ramo aromático y espolvorear con el perejil picado.

ENSALADAS

ENSALADA DE ATÚN, GARBANZOS Y PASTA
(210 calorías por ración)

Ingredientes (4 personas): 300 g. de garbanzos cocidos, 200 g. de pasta integral cocida, 6 cebollas tiernas grandes, picadas, 2 cucharadas de perejil picado, 1 diente de ajo triturado, 100 g. de atún de lata al natural (escurrido), hojas de lechuga, 1 cucharada de pimientos (mezcla de pimientos secos).

Preparación: Mezclar los guisantes, la pasta, las cebollas tiernas, el perejil y el ajo. Deshacer el atún y echarlo por encima de la mezcla inicial removiendo bien. Servir sobre un lecho de lechuga y espolvoreado con los pimientos.

POLLO O PAVO Y ENSALADA DE PASTA
(260 calorías por ración)

Ingredientes (4 personas): 100 g. de pasta, 1 cucharada de aceite vegetal, 3 cucharadas de zumo de limón, una pizca de nuez moscada, sal y pimienta, 200 g. de pollo o pavo cocido y cortado en dados, 1 pimiento rojo mediano (a tiras), 200 g. de judías cocidas, 100 g. de maíz dulce cocido, 2 cucharadas

de perejil picado y 100 g. de hojas de escarola o lechuga rizada.

Preparación: Una vez cocida la pasta con abundante agua, escurrirla y rociarla con limón y aceite. Tapar y dejar enfriar. Mezclar los demás ingredientes, excepto la lechuga que deberá disponerse formando una base sobre una fuente llana y finalmente colocar la ensalada encima.

ENSALADA DE PASTA (240 calorías por ración)

Ingredientes (4 personas): 250 g. de pasta integral, 1 manojo de berros u hojas de lechuga rizada, 6 aceitunas negras, partidas por el medio y deshuesadas, 2 cucharadas de cebollino picado.

Aderezo de tomate: 4 cucharadas de jugo de tomate sin azúcar, 1 cucharada de vinagre, 2 cucharadas de aceite de girasol, 1 cucharada de albahaca picada, 1 cucharada de orégano, 1 cucharada de perejil picado, sal de ajo y pimienta.

Preparación: Cocinar la pasta con abundante agua y escurrirla. Mientras mezclar los demás ingredientes con el aderezo, echar por encima de la pasta, revolver bien y dejar enfriar. Distribuir el berro o la lechuga rizada en el fondo de una ensaladera o una fuente llana y colocar la pasta por encima. Esparcir por encima las aceitunas y el cebollino.

ENSALADA DE LENTEJAS Y APIO
(220 calorías por ración)

Ingredientes (4 raciones): 200 g. de lentejas, 6 cucharadas de aderezo vinagreta bajo en calorías, 1 diente de ajo triturado, 4 cebollas tiernas picadas, 2 tomates medianos, picados, 2 cucharadas de perejil picado, hojas de lechuga rizada, 30 g. de aceitunas negras (deshuesadas y cortadas a cuartos), 1 huevo duro, picado.

Preparación: Cocer las lentejas. Mezclar con el aderezo y el ajo mientras todavía están calientes y dejar enfriar. Añada los restantes ingredientes y remover bien.

LEGUMBRES

JUDÍAS Y SETAS (200 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 1 cucharada de margarina vegetal, 2-3 cucharadas de caldo, 1 cebolla grande, finamente picada, 300 g. de setas, cortadas, 600 g. de judías horneadas, 1 cucharada de salsa de soja, 1 cucharada de salsa Worcester, sal y pimienta, 1 pizca de mejorana seca, 4 cucharadas de perejil picado, 4 rebanadas pequeñas y delgadas de pan integral tostadas, 1 cucharada de papikra.

Preparación: Derretir la margarina con el caldo y fría l cebolla con las setas, hasta que la cebolla esté dorada. Añadir las judías, las salsa y la mejorana. Salpimentar y llevar al punto de hervor. Servir espolvoreado con perejil picado en platos previamente calentados. Cortar las tostadas en triángulos y disponerlas alrededor de la mezcla de judías y setas. Antes de servir espolvorear las tostadas con papikra.

GARBANZOS CON VEGETALES
(300 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 300 g. de garbanzos remojados, 1 cucharada de aceite de maíz, 1 cebolla mediana, picada, 1 diente de ajo, triturado, 450 g. de tomates picados, 1/2 col pequeña desmenuzada, 1 pimiento verde mediano cortado, 1 zanahoria mediana, cortada o rallada gruesa, 1/2 cucharada de comino, 300 ml. de caldo concentrado, sal y pimienta y 4 cucharadas de perejil picado.

Preparación: Cocer los guisantes hasta que casi estén tiernos. Escurrir y reservar. Calentar el aceite en una cacerola. Añadir la cebolla y el ajo y freír suavemente durante 5 min., hasta que estén transparentes. Agregue el resto de los vegetales, tapar y cocer a fuego suave unos 10 min., revolviendo de vez en cuando. Echar las especias, salpimentar, añadir el caldo y los guisantes. Tapar y cocer entre 15 y 20 min. más o hasta que los vegetales estén tiernos, pero no blandos. Echar la mitad del perejil y el resto espolverearlo por encima antes de servir.

HABAS VEGETARIANAS (140 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 1 cucharada de aceite vegetal, 2 cebollas picadas, 400 g de habas (de lata), 4 cucharadas de perejil picado, 1-2 ramitas de mejorana, 150 ml. de caldo de verduras, sal y pimienta, 100 g. de guisantes, 400 g. de judías verdes (cortadas a lo largo), 1 diente de ajo triturado, 150 g. de yogurt natural desnatado y papikra.

Preparación: Calentar el aceite en una cacerola, añadir las cebollas y rehogar unos 5 min. hasta que estén doradas. Añadir las habas, el perejil y la mejorana y cocer a fuego suave unos 5 min., revolviendo con frecuencia. Añadir el caldo. Salpimentar. Agregar las judías, tapar y seguir la cocción hasta que estén tiernas. Destapar y seguir la cocción entre 10 y 15 min. para que se evapore el exceso de líquido. Mezclar el ajo con el yogurt y verterlo sobre los vegetales. Calentar durante 2 min. Antes de servir, espolvorear con paprika.

ARROCES Y PASTA

ARROZ CON NARANJA (130 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 500 g. de arroz marrón de grano largo cocido, 1 naranja grande (desgajada y picada), la piel de 1 naranja cortada en bastoncitos, 1 cucharada de estragón picado y 1 cucharada de perifollo picado.

Preparación: Mientras se cuece el arroz, mondar la naranja, quitar la parte anaranjada de la piel y cortarla en tiritas. Ponerla en agua y hervirla 10 min. (También se puede rallar la piel). Mezclar todos los ingredientes y servir caliente o frío como acompañamiento del plato principal.

LASAÑA (280 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 125 g. de lasaña integral, 1 kg. de espinacas o 1 paquete de 500 g. de espinacas congeladas, 2 huevos, una pizca de nuez moscada rallada, sal y pimienta, 3 cucharadas de queso parmesano rallado, 3 cucharadas de pan integral rallado, paprika.
Para la salsa: 300 ml. de yogurt natural desnatado, 100 g. de requesón de leche desnatada, queso blanco o queso escurrido.

Preparación: Calentar el horno a 190°C. Cocer la lasaña en agua hirviendo hasta que esté a medio cocer. Escurrir con cuidado. Entretanto, cocer las espinacas hasta que estén tiernas, escurrir bien y picarlas un poco.
Para hacer la salsa, batir el yogurt con el queso, los huevos, la nuez moscada y salpimentar. Disponer una capa de espinacas en el fondo de una fuente antiadherente para horno, cubrir con una capa de lasaña y otra de salsa. Continuar alternando las capas, hasta terminar con la salsa. Espolvorear con el queso parmesano y el pan rallado y hornear entre 25-30 min. Antes de servir espolvorear por encima con paprika.

PESCADOS, AVES Y CARNES

PASTEL DE PESCADO (300 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 300 ml. de sopa de setas, 200 g. de pescado blanco cocido (desmenuzado), 1 huevo duro (picado), 300 g. de maíz dulce desgranado, 300 g. de verduras variadas (cantidades iguales de zanahorias, guisantes, judías verdes y nabo), 3 patatas medianas cocidas, cortadas finas, 1/2 cucharada de sal de ajo y 2 cucharadas de leche desnatada.

Preparación: Mezclar la sopa, el pescado, el huevo, el maíz y los vegetales en un cazo y cocinar suavemente unos 15 min., hasta que todo esté cocido. Echar en un recipiente antiadherente para pasteles. Disponer por encima las rodajas de patata. Mezclar la sal de ajo con la leche y vertir sobre las patatas. Gratinar hasta que se dore y servir caliente. Si se desea comer este plato frío debe prepararse con anticipación y guardarse en el refrigerador (hornear a 190 °C durante 25-30 min.).

TARTA DE SALMÓN (300 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 1 tartaleta de 20 cm. de diámetro (horneada), 150 g. de salmón enlatado, 100 g. de setas laminadas, 1 cucharada de margarina vegetal, 1 cucharada de cebolla picada fina, 1 tallo de apio picado, 1 pimiento verde pequeño (picado), 1 1/2 cucharadita de sal de ajo, 100 ml. de leche desnatada, 3 cucharaditas de pasta de anchoas, 150 g. de garbanzos cocidos y 1 pimiento rojo pequeño, cortado en tiritas.

Preparación: Mientras se hornea la tartaleta de base escurrir el salmón y las setas y reservar el líquido de las latas. Derretir la margarina en una sartén antiadherente. Añadir la cebo-

lla, el apio, el pimiento verde y cocer hasta que estén tiernos, revolviendo de vez en cuando. Echar la harina y la sal.
Mezclar los líquidos del salmón y los hongos con la leche y vertir en la sartén. Remover hasta que suelte el hervor. Hervir durante 3 minutos. Agregar la pasta de anchoas, el salmón, los hongos y los garbanzos a la sartén y calentarlo todo bien. Echar dentro de la tartaleta. Servir caliente o frío adornado con tiritas de pimiento rojo. El salmón puede reemplazarse por atún o sardinas ensaladas.

TERNERA Y JAMÓN CON JUDÍAS
(260 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 15 g. de margarina vegetal, 300 ml. de leche desnatada, 6 cucharadas de caldo de carne, 3 cucharadas de harina integral, 2 pimientos rojos medianos, 150 g. de ternera cocida, cortada en cubitos, 60 g. de jamón cocido, cortado, 300 g. de judías cocidas, 2 cucharas de alcaparras picadas, sal y pimienta, 1 cucharada de zumo de limón y 2 cucharadas de perejil picado.

Preparación: Hervir juntos la margarina, la leche y el caldo. Desleír la harina en un poco de caldo o leche y añadirlo a la mezcla. Dejar hervir unos 3 min. Echar los pimientos, la ternera, el jamón, las judías y las alcaparras. Salpimentar y cocer durante 10 min. Antes de servir, rociar con el zumo de limón y espolvorear el perejil picado. Servir guarnecido con puré de patatas u otras hortalizas.

CERDO CON CALABACINES (280 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 1 cucharada de aceite vegetal, 200 g. de cerdo magro (cortado), 1 cebolla mediana (cortada), 1 cucharada de harina integral, 150 ml. de caldo de pollo o carne, 150 ml. de vino tinto, sal y pimienta, 1 cucharadita de hierbas variadas secas, 1 puerro pequeño cortado, 400 g. de calabacines cortados sin pelar, 1 pimiento rojo mediano (cortado a tiras), 100 g. de guisantes secos (remojados), 1 huevo

duro picado, 1 cucharada de pimiento rojo, picado, 2 cucharadas de perejil picado.

Preparación: Calentar el aceite en un cazo. Echar el cerdo y freír suavemente hasta que empiece a dorarse. Añadir la cebolla y continuar la cocción hasta que apenas esté dorada. Espolvorear la harina por encima y cocer durante unos pocos minutos, removiendo continuamente. Retirar del fuego y vertir el caldo, sin dejar de remover. Volver a poner sobre el fuego y echar el vino. Salpimentar, espolvorear con las hierbas y echar el resto de los vegetales. Tapar, dejar cocer suavemente durante una hora o hasta que los vegetales estén tiernos. Adornar con el huevo picado, el pimiento rojo y el perejil y servir directamente de la cazuela.

LENGUADO (170 calorías por ración)
Ingredientes (4 personas): 340 g. de tomates picados, 225 g. de champiñones, cortados en láminas, 200 g. de cebollas picadas, 100 g. de cebollas tiernas picadas, 4 cucharadas de perejil picado, 1 cucharadita de sal de ajo, pimienta, 4 filetes medianos de lenguado sin piel, 30 g. de margarina vegetal en trocitos.

Preparación: Calentar el horno a 200 °C. Mezclar los tomates, los hongos, las cebollas, las cebollas tiernas, la mitad del perejil y sazonar. Colocar el pescado en una fuente antiadherente para el horno, llana y grande y echar por encima los vegetales. Repartir por encima los trocitos de margarina, tapar y hornear durante 40-45 min. o hasta que el pescado esté cocido. Espolvorear con el resto del perejil picado y servir.

POSTRES

PASTEL DE QUESO (280 calorías por ración)
Ingredientes (12 personas): 125 g. de pan integral rallado, 2 cucharadas de copos de salvado, 1 cucharada de canela en polvo, 60 g. de margarina vegetal para untar, 200 g. de requesón de leche desnatada, 300 gr. de yogurt natural desnatado, 100 g. de zumo de naranjas frescas, edulcorante sin azúcar, a gusto, 3 cucharaditas de gelatina, disolverlas en 4 cucharadas de agua caliente, 450 g. de fresas, 1 clara de huevo batida, 225 g. de fresas grandes partidas por la mitad y 1 cucharada de brandy o kirsch (opcional).

Preparación: Tostar el pan rallado y mezclarlo con el salvado, la canela y la margarina. Forrar la base del morde de unos 25 cm. de diámetro, formando una capa fina y presionando bien. Dejar en el refrigerador. Mezclar el queso, el yogurt, el zumo de naranja y el edulcorante. Añadir la gelatina disuelta y revolver bien. Agregar las fresas, echar la clara de huevo y vertir la mezcla sobre la base. Dejar en el refrigerador hasta que cuaje.
Entretanto rociar las fresas con el brandy y dejar macerar, removiendo de tanto en tanto, hasta que esté a punto el pastel. Antes de servirlo adornar con las fresas.

HELADO DE VAINILLA (60 calorías por ración)
Ingredientes (8 personas): 2 cucharaditas de gelatina disuelta en 2 cucharadas de agua caliente, 300 ml. de leche evaporada bien fría, 1 cucharada de esencia de vainilla y edulcorante sin azúcar (equivalente a 60 g. de azúcar).

Preparación: Batir la leche con la gelatina casi fría y añadir la esencia y el edulcorante. Verter en un recipiente para el congelador y congelar sin remover.

HELADO DE CAFÉ (60 calorías por ración)
Ingredientes (8 personas): 2 cucharaditas de gelatina disuelta en 2 cucharadas de agua caliente, 300 ml. de leche evaporada bien fría, 2 cucharadas de café instantáneo disueltas en 3 cucharadas de leche y edulcorante sin azúcar (equivalente a 60 g. de azúcar).

Preparación: Proceder de la misma manera que para el helado de vainilla.

HELADO DE FRESA (40 calorías por ración)
Ingredientes (8 personas): 340 g. de fresas, 100 ml. de leche evaporada bien fría, 2 cucharaditas de gelatina disuelta en 2 cucharadas de agua caliente y edulcorante sin azúcar equivalente a 60 g. de azúcar.

Preparación: Reservar algunas fresas para decorar. Puretear el resto de las fresas con la batidora (sin tamizar el puré porque la fibra se eliminaría). Batir la leche con la gelatina casi fría, añadir el edulcorante y echar el puré de fresas. Vertir en un recipiente para el congelador y congelar sin revolver.

HELADO DE BANANA (60 calorías por ración)
Ingredientes (8 personas): 300 g. de bananas muy maduras peladas, 2 cucharadas de zumo de limón, 2 cucharaditas de gelatina disueltas en 2 cucharadas de agua caliente, 150 ml. de leche evaporada muy fría y edulcorante sin azúcar equivalente a 60 g. de azúcar.

Preparación: Reservar una banana pequeña y una cucharada de zumo de limón. Puretear lo demás y continuar la preparación como para el helado de fresa. Decorar con rodajitas de banana rociadas con zumo de limón.

SORBETE DE FRAMBUESA (30 calorías por ración)
Ingredientes (6 personas): 450 g. de frambuesas, 4 cucharadas de zumo de naranja, edulcorante sin azúcar (equivalente a 60 g. de azúcar), 2 cucharaditas de gelatina disueltas en 2 cucharadas de agua caliente y 1 clara de huevo batida a punto de nieve.

Preparación: Puretear las frambuesas con la batidora eléctrica. Mezclar el edulcorante y la gelatina disuelta en el zumo de naranja. Congelar hasta que endurezcan los bordes. Pasar a un bol previamente enfriado y batir hasta que esté suave. Añadir la clara, trabajando con movimientos suaves y envolventes. Volver al congelador y dejarlo hasta que esté firme. Dejar ablandar un poco en el compartimento principal del refrigerador durante 1-1 1/2horas antes de servir. Deberá servirse en copas individuales.

SORBETE DE FRESAS (30 calorías por ración)
Se prepara exactamente igual que el sorbete de frambuesas pero sustituyendo éstas por fresas.

BASE PARA TARTAS DULCES O SALADAS
(140 calorías por ración)

Ingredientes (4 personas): 100 g. de harina integral, 1 cucharadita de polvo de hornear, 1/4 de cucharadita de sal, 30 g. de margarina vegetal, 50 g. de puré de patatas y agua fría para mezclar (si hiciera falta).

Preparación: Calentar el horno a 200 °C. Mezclar la harina, el polvo de hornear y la sal. Añadir la margarina y trabajar hasta que la mezcla parezca pan rallado. Amasar junto con el puré de patatas y el agua, hasta que quede una masa dura. Estirar entre láminas de papel o polietileno. Quitar la lámina de encima, levantar la masa por los bordes de la lámina de

abajo e invertirla sobre una fuente para hornear llana de 18-20 cm. de diámetro. Quitar el papel, limpiar los bordes de la fuente, pinchar la masa y hornear durante 20-25 min.
(Esta tarta podrá utilizarse tanto con rellenos dulces como salados, siendo una buena base para deliciosos platos).

EPÍLOGO

Nos vamos, porque es el momento del adiós, queriendo albergar la convicción de que con este cuaderno hemos abierto un mundo de posibilidades y esperanzas a muchos que, de mala gana y hasta con rebeldía, se habían resignado a morir con dolor confinados en el **ghetto** del sufrimiento. Queremos, por esa razón, no marcharnos sin el convencimiento de que para todos ellos, en adelante, después de haber leído este volumen, sus horizontes se habrán aclarado notablemente.

Pero deben tener muy presente que aquí no hay magia: aquí, sólo hay voluntad, lucha, esfuerzo, sacrificio, fe en las propias fuerzas, convencimiento absoluto de que uno puede llegar hasta donde pretende, si lo pretende con ilusión, con ganas, ¡hasta con rabia!

Cuando lleguen a la última página de este cuaderno, que es esta, todos los artrósicos saben, deben saber, que ha sonado la hora de comenzar la difícil batalla.

Ánimo, ¡y buena suerte!